

**Ein Beitrag zur Anorexie
aus psychiatrischer Sicht**

Anselm Grusche

1961



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor : Prof. Dr. K. Kolle

**Ein Beitrag zur Anorexie
aus psychiatrischer Sicht**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Anselm Grusche
aus Konstanz

München 1961



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Professor Dr. J.-E. MEYER
Mitberichterstatter:	Professor Dr. K. KOLLE
Dekan:	Professor Dr. W. SEITZ

Tag der mündlichen Prüfung: 12.12.1961



INHALTSVERZEICHNIS

Seite

I. Einleitung 5

II. Eigene Beobachtungen 14

III. Besprechung der Ergebnisse 44

IV. Zusammenfassung 46

Literaturverzeichnis 47

Lebenslauf 51

I. E I N L E I T U N G:

Organisation des Ernährungstriebes:

Hunger und Durst gehören zu den Vitaltrieben, die in der Triebhierarchie an erster Stelle stehen. Der Nahrungstrieb ist sogar stärker als der Sexualtrieb (23).

Den Nahrungstrieb können wir grob in Hunger und Appetit gliedern. Eine wesentliche Ursache des Hungergefühles sind die peristaltischen Bewegungen des leeren Magens, die zu einer periodisch wiederkehrenden Empfindung von Nagen oder Druck im Epigastrium führen. Beim Appetit hingegen spielen Geschmacks-, Geruchs-, und optische Reize eine Rolle (40). Gewöhnlich treten Hunger und Appetit gemeinsam auf, wobei der Hunger eine unbestimmtes Gemeingefühl, der Appetit hingegen gerichtet ist auf eine bestimmte Speise.

Das Hungergefühl ist angeboren, der Appetit hat sich erst im Laufe der Entwicklung hinzugesellt. Er wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst, äusseren, wie die Zubereitung der Speisen, die Umgebung, in der ich esse u. s. w. Aber auch bestimmte Vorstellungen können den Appetit beeinflussen, so kann sich ein unangenehmes Ereignis "auf den Magen schlagen".

Appetit ist immer lustbetont, Hunger kann stark unlustbetont sein, ja er kann quälenden Charakter annehmen und den Menschen zum äussersten treiben. Neben Hunger und Appetit besteht noch ein bestimmter Rhythmus der Nahrungsaufnahme, der weitgehend durch unsere Gewohnheiten bestimmt ist.

Bei der Anorexie treten Hunger und Appetit nicht mehr gemeinsam auf. Der Appetit wird bewusst oder unbewusst unterdrückt und geht schliesslich verloren, während das Hungergefühl sich meist nur mindert, anfallsweise der Kontrolle entgleitet und dann in Heisshunger umschlagen kann.

Das zentrale Problem bei der Anorexie ist der Appetitverlust. Die Beeinflussbarkeit des Appetites deutet darauf hin, dass für ihn höhere Zentren verantwortlich sind, anders beim Hunger. Seit den Untersuchungen von W.R. Hess gilt als Zentrum für das elementare Triebleben der Hirnstamm. Hier ist ein "Fresszentrum" im Sinne eines Doppelzentrums lokalisiert. Bei einer Zerstörung des Nucleus-ventromedialis kommt es zu einer Enthemmung des Fresszentrums; bei beiderseitiger Zerstörung des Fresszentrums wurde hingegen eine Verweigerung der Nahrungsaufnahme beobachtet (25). Chemische Reize, wie der Gehalt des Blutes an Fettsäuren, Aminosäuren und Glukose und nervöse Impulse, wie sie von den Dehnungsrezeptoren des Magens ausgehen, stimulieren oder hemmen das Fresszentrum (40).

Ferner müssen wir Verbindungen zur Hypophyse und übergeordneten corticalen Zentren, die noch nicht alle im einzelnen bekannt sind, annehmen. Psyche, vegetativ nervöser Apparat und Endokrinium sind eng gekoppelt. Bei einer derartigen wechselseitigen Beeinflussung und Durchdringung muss bei einer Störung des Systems, wie sie die Anorexia nervosa darstellt, die Frage einer Somato- oder Psychogenese besonders schwer zu entscheiden sein bzw. manchmal unmöglich.

Es ist daher zu verstehen, dass das Problem der A.n. von jeher sehr umstritten war und je nach dem Standpunkt des Untersuchers unterschiedlich beantwortet wurde.

Geschichte des Anorexiebegriffes:

Dies zeigt sich schon in der Geschichte des Anorexiebegriffes. Wir finden die Anorexie 1694 zum ersten Mal bei Morton in seiner "Phthisiologia seu exercitationes de phthisi". 1789 befasste sich Nadeau mit diesem Problem, er sprach von einer "nervösen Krankheit, die von einem ausserordentlichen Widerwillen gegen alle Nahrung begleitet ist" (zit. nach Ruegg). Dann schien das Bild in Vergessenheit geraten zu sein, erst 1873 beschreibt Lasègue die "hysterische Anorexie" und Gull 1874 die "Anorexia nervosa".

In der deutschen Literatur wurde 1895 von Kissel eine "schwere hysterische Anorexie bei 11jährigem Mädchen" beschrieben (zit. nach Ruegg). Die Anorexie war damit den psychiatrischen Krankheitsbildern zugeordnet, bis Simmond (47) 1914 einen Fall: "Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang" veröffentlichte. Eine 46jährige Frau stirbt in kachektischem Zustand. Bei der Sektion ergab sich ausser einer hochgradigen Atrophie der Hypophyse nichts Besonderes. Die Frau war 10 Jahre vor dem Tode im Anschluss an die fünfte Geburt an Puerperalsepsis erkrankt. Seitdem war sie müde und erschöpft; die Periode blieb aus und sie alterte vorzeitig. Simmond kam zu dem Schluss, dass es auf Grund der Puerperalsepsis zu einer septischen Nekrose der Hypophyse gekommen war, die schliesslich zum Tode führte.

1916 veröffentlichte er zwei weitere Fälle "Kachexie hypophysären Ursprungs". In den folgenden Jahren sprach man fast nur noch von der Simmondschen Kachexie.

Bei späteren Untersuchungen fand jedoch Sheehan (43), der durch Sektion gesicherte Fälle von Hypophysenvorderlappeninsuffizienz untersuchte, keine signifikanten Beziehungen zwischen Hypophysenvorderlappeninsuffizienz und Kachexie. In den meisten Fällen fehlte auch der Appetitmangel, bzw. es kam erst kurz vor dem Tode dazu.

Sektionsbefunde der A.n.:

Dem entsprechen auch die Sektionsbefunde der A.n. So veröffentlicht F. Martin (34) die Befunde von einem 22- und 24jährigen Mädchen, die nach 6 bzw. 13 jähriger Krankheit verstarben. Die Sektion ergab keinen Anhalt für eine Beteiligung des Hypophysenhirnsystems. Die endokrinen Organe waren allerdings verkleinert.

Eine Übersicht über die bisher in der Literatur beschriebenen pathologisch-anatomischen Befunde von A.n. bringt R.E. Siebenmann (44).

Auch er gewinnt die Überzeugung, dass man bei der A.n. nicht berechtigt ist, eine Hypophysenvorderlappeninsuffizienz anzunehmen. "Die A.n. ist niemals

eine primär endokrin bedingte Störung, die in ihrem Verlauf auftretenden endokrinen Ausfallerscheinungen sind nicht Folge von Hypopituitarismus, sondern eine sinnvolle Adaptionsleistung des endokrinen Systems".

Allmählich erinnerte sich man auch in Deutschland wieder der A.n. und man erkannte mehr und mehr, dass man es bei ihr und der Simmondschen Kachexie mit zwei verschiedenen Krankheitsbildern zu tun hatte.

Differentialdiagnose:

Um die schwierige Differentialdiagnose mühten sich unter anderem Roch und Monnier (41), Escamilla und Lisser (16). Eine Übersicht über die Literatur bieten L. Maurhoff (36) und A. Jores (22).

Wichtig für die Differentialdiagnose ist eine genaue Erhebung der Vorgeschichte. Die Simmondsche Kachexie und das Sheehan' Syndrom entwickeln sich häufig nach Geburten mit Haemorrhagien und Infektionskrankheiten. Schliesslich liegt das Erkrankungsalter selten vor dem 25. Lebensjahr, während die A.n. häufig wesentlich früher auftritt. Trotz hochgradiger Abmagerung können die A.n. - Kranken erstaunlich aktiv sein. Im Einzelfall jedoch kann die Entscheidung unmöglich sein, weil so gut wie jedes Symptom bei beiden Krankheiten vorkommen kann und es unmöglich ist, einen absoluten Unterschied zwischen organischen und funktionellen Störungen zu treffen (41, 45).

Das Syndrom:

Die Krankheit beginnt bei Mädchen meist z. Zt. der Pubertät und Nachpubertät mit einem Gipfel zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Danach tritt die Erkrankung zunehmend seltener auf.

Die Frage, ob auch Knaben erkranken, ist verschieden beantwortet worden. Dass das männliche Geschlecht in einem Verhältnis von 1:10 gegenüber dem weiblichen erkrankt (12), ist sicherlich unrichtig.

Die meisten in der Literatur beschriebenen Fälle von männlichen A.n. - Patienten halten einer kritischen Prüfung nicht stand. Fr. Tiemann (53) weist darauf hin, dass eine A.n. beim männlichen Geschlecht noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist.

Somatische Befunde (ohne Laboratoriumsuntersuchungen): Völlegefühl nach dem Essen, Magen-Darmbeschwerden, Obstipation, manchmal Erbrechen, Appetitverlust, Gewichtsabnahme, trockene Haut, cyanotische Extremitätenenden, eine Oligo- oder Amenorrhoe.

Die psychischen Befunde sind nicht so einheitlich: Übereinstimmend werden die Kranken als ehrgeizig und trotzig geschildert (49, 50, 57). Die Intelligenz ist meist gut, manchmal besteht eine Neigung zum Lügen (51). Trotz hochgradiger Abmagerung sind die Kranken oft erstaunlich aktiv. Während sie selbst die Nahrung verweigern, kann es sein, dass sie sich liebevoll um ihre Angehörigen und Geschwister kümmern und sie zum Essen anhalten (3, 17, 56). So beschreibt

Wissler ein Mädchen, das im Spital bei den Mahlzeiten den anderen Kindern möglichst grosse Portionen schöpfte, während es für sich selbst kaum etwas nahm. Das Verhalten zum Leib ist unterschiedlich (2). Manche Autoren (50) weisen besonders auf den Verlust der weiblichen Eitelkeit hin und eine Vernachlässigung der Körperpflege. Der Widerwille gegen den eigenen Körper kann sich bis zum Abscheu steigern und zur Selbstkasteiung führen. Andererseits kann die Körperpflege übertrieben werden, die Eitelkeit besonders stark ausgeprägt sein. Gemeinsam ist immer das "quasi-asketische Ideal" (55), die Ablehnung aller rundlichen Formen, vor allem an sich selbst. Damit mag auch die Überbewertung des Geistigen und eine Vernachlässigung der leiblichen Bedürfnisse zusammenhängen (17, 6).

Während des Leidens besteht häufig eine Kontaktarmut. Ob die Vereinsamung und Leere schon vor der Krankheit da war, darüber sind die Ansichten geteilt. Depressive Züge treten im Verlauf fast jeder Magersucht auf.

Einordnung des Krankheitsbildes:

Über die Einordnung des Krankheitsbildes besteht Unklarheit. Im Hinblick auf einzelne schizoide Züge und die verwandte Konstitution beider Erkrankungen wurde an einen Zusammenhang mit der Schizophrenie gedacht. Nicolle (39) spricht von einem präpsychotischen Zustand. O. Lingjaerde (29) findet bei seinen Kranken ebenfalls Beziehungen zur Schizophrenie. Stäubli-Frölich (50) beobachtet eine schizotym introvertierte Psyche und sieht den Ausgang in eine Schizophrenie nicht als zufällig an. L. Binswanger (9) rechnet seinen Fall Ellen West ebenfalls zur Schizophrenie. Einzelne zwanghafte Züge sind häufig, doch wird man deshalb noch nicht von einer Zwangsneurose sprechen dürfen wie Franklin S. Du Bois (11). Lukas (32) zählt die A.n. zu den echten Neurosen, die die Folge einer Störung der Erlebnisverarbeitung darstellen. Auch Pierre Loo (31) rechnet sie zu den Neurosen. Bei Bleuler (10) stehen "Psychopathische Persönlichkeitsdisharmonien mit sekundären neurotischen Reaktionen" im Vordergrund.

Fast immer kann man eine depressive Verstimmung beobachten. Diesen Zusammenhang erkannte schon Sigmund Freud (19). In seinen Briefen an Wilhelm Fliess schreibt er im Manuskript G. "Die der Melancholie parallele Essneurose ist die Anorexie. Die berühmte A.n. der jungen Mädchen scheint mir (nach guter Beobachtung) eine Melancholie bei unentwickelter Sexualität zu sein. Die Kranke gab an, einfach darum nicht gegessen zu haben, weil sie keinen Appetit hatte, nichts anderes. Appetitverlust - im Sexualen Verlust von Libido".

Gero (20) veröffentlicht einen Fall, wo die Anorexie als Äquivalent der Depression imponierte.

Bahner (2) spricht davon: "Dass die A.n. mit der Depression und Schizophrenie nicht zu identifizieren, aber diesen Psychosen an die Seite zu stellen ist."

Decourt (14) rechnet die A.n. weder zum Formenkreis der Psychosen noch Neurosen, sondern sieht in ihr eine besondere Form der Reifungskrise ("Psycho-

endogene Kachexie der Reifungszeit").

Bei den Schwierigkeiten, die sich einer Klassifikation in den Weg stellen, scheint es ergiebiger auf die Frage nach der auslösenden Ursache einzugehen.

Auslösende Ursache:

Immer wieder finden wir Besorgnisse in ästhetischer Hinsicht. Die jungen Mädchen, die vielleicht einen gewissen "Fohlenspeck" zeigen, werden in der Schule von ihren Freundinnen wegen ihrer Molligkeit verspottet, häufig im Turnunterricht, wo ihre Formen besonders zur Geltung kommen (18, 56).

Manchmal beobachten die Mädchen das Wachstum ihrer Brüste und die Ausbildung der weiblichen Körperformen mit Abscheu (17, 56), vielleicht dass sie erst durch ein ungeschicktes Kompliment ihrer Umgebung darauf aufmerksam gemacht wurden. So berichtet A. Mayer (37) von einem fülligen Mädchen, dem als es über die Strasse lief von einem Soldaten zugerufen wurde: "Fräulein, man sollte ihnen einen Büstenhalter schenken". Dies beeindruckte sie so sehr, dass sie in seine Sprechstunde kam und um eine Operation zur Verkleinerung ihrer üppigen Brüste bat.

Auch Baruk (4) sieht in dem empfindlichen weiblichen Sinn für Ästhetik, besonders in Bezug auf den eigenen Körper, eine wesentliche auslösende Ursache. Die Mädchen beginnen dann, in dem Bestreben abzumagern, weniger zu essen und evtl. Abführtabletten zu nehmen. Der Appetit geht verloren und das Ganze entgleitet der willensmässigen Kontrolle. Es brauchen nun keineswegs immer Faktoren zu sein, die mit dem Essen zusammenhängen. Schulschwierigkeiten oder familiäre Konflikte sind möglich (8). Eine Liebesenttäuschung, eine gebrochene Verlobung oder der Tod eines geliebten Menschen kann unmittelbarer Anlass für eine Anorexie sein.

Derartige Begründungen sind für psychoanalytisch orientierte Forscher unzulänglich. Sie halten nicht ein einzelnes Trauma für verantwortlich, sondern suchen die Schuld in frühkindlichen Erlebnissen, die zu einer bestimmten Persönlichkeitsentwicklung geführt haben, auf Grund derer das spätere Trauma überhaupt erst wirksam werden kann. D.h. es kommt ihm nur als auslösendes Moment eine gewisse Bedeutung zu. T. Taube (54) berichtet von einem 18jährigen Mädchen, das lange die Nahrung verweigerte und schliesslich dadurch geheilt wurde, dass es während der Analyse stets die Flasche zu trinken bekam. Im zweiten Monat der Behandlung zerriss der Sauger und die Patientin war spontan geheilt. Die Autorin schliesst daraus, dass ein Abstillkomplex vorgelegen habe, da das Mädchen schon nach 3 Wochen von der Mutterbrust abgesetzt worden war.

Im "Abriss der Psychoanalyse" schreibt Freud allerdings: "Das erste erotische Objekt des Kindes ist die ernährende Mutterbrust. ... und solange auch das Kind an der Mutterbrust genährt wurde, es wird immer nach der Entwöhnung die Überzeugung mit sich nehmen, es sei zu kurz und zu wenig gewesen.", d.h. ein Entwöhnungstrauma besteht in jedem Fall.

Thiemann (51) findet bei seinen Kranken überbesorgte Mütter, die die Kinder zwingen, alles zu essen und sie deutlich bevormunden, übrigens meist auch ihre Männer. Dadurch wurde die Selbstentfaltung gehemmt, die Kinder fanden keinen Kontakt zu Gleichaltrigen, sie fühlten sich dem Leben nicht gewachsen und versagten gegenüber den Mehrbelastungen der Pubertät. Diese überprotektive Art der Mütter wird von J.O. Nemia (38), Roch und Monnier (41) bestätigt, jedoch scheint sie nicht für die A.n. spezifisch zu sein.

Auch Baruk (4) findet eine überstarke Mutterbindung: "Die Mütter empfinden eine aussergewöhnliche Liebe zu den Töchtern, die sie manchmal gegen die anderen einnimmt, selbst gegen den Gatten.

Die junge Kranke findet den Geschmack daran, krank zu sein und gefällt sich in einer liebevollen und sorgsamten Betreuung, die in dieser Zartheit ganz langsam dem Tod zutreibt".

Von anderer Seite (37) wird von fehlender Nestwärme berichtet und gestörten Mutter-Tochterbeziehungen, die zu einer Protestreaktion, eben der Anorexie, führen.

Wahrscheinlich wirkt sich beides, ein Zuviel und ein Zuwenig an mütterlicher Zuneigung, nachteilig aus. An der Konfliktsituation braucht keineswegs nur die Mutter beteiligt zu sein; jedes andere Familienmitglied kann auch dafür verantwortlich sein. A. Dührssen (15) beschreibt beispielsweise einen Fall, wo der Vater im Mittelpunkt stand.

Nach Alexander (1) geben aggressive Besitzstrebungen wie Neid und Eifersucht, falls sie durch Gewisseneinflüsse gehemmt werden, Anlass zu Essstörungen. "Es lässt sich leicht verstehen, dass, weil das Essen als Befriedigung dient, das Vorhandensein eines schlechten Gewissens so stark den Appetit stören kann, dass sich der Patient nicht das Vergnügen der Sättigung gestattet".

In einer daseinsanalytischen Studie versucht Smirnoff (48) zu zeigen, dass die Ursachen der A.n. "jenseits des Eltern-Kindkonfliktes liegen, dass es sich vielmehr um eine gestörte Symbolbeziehung zwischen Mutter und Kind handelt".

"Bei der A.n. geht es um eine primäre Störung der symbolischen Bezüge, weshalb alle theoretischen Herleitungen aus Konflikten, traumatischen Ereignissen oder psychosomatischen Zusammenhängen nicht genügen können. Die Ablehnung trifft deshalb in erster Linie die Nahrung, weil auf sie als Garant des Lebens einst die ursprüngliche Symbolbeziehung gründete."

Interpretation:

Es ist verständlich, dass eine Krankheit wie die A.n. zur Interpretation reizt, andererseits muss man bei der Vielgestaltigkeit der Symptome daran zweifeln, ob eine allgemein gültige Interpretation möglich ist.

So hält es auch Pierre Loo (31) vergeblich eine Interpretation der A.n. vorzuschlagen, "denn es ist nur ein Symptom, das einen verschiedenen Sinn hat je nach dem Zustand, den es ausdrückt".

Leibbrand (28) sieht in ihr die "zentrale Furcht vor dem Erwachsenwerden. Durch das Hungern versuchen sie einen Stillstand zu erzeugen, an einem körperlichen Zipfel die Zeit im Werden festzuhalten und in vermeintliches Kindheitsverweilen zu entfliehen".

Auch Benedetti (6) betont den Kampf gegen das Erwachsenwerden. Vieles deutet auf die Richtigkeit dieser Erklärung hin, doch wie sind der abnorme Essensritus, die Heimlichkeit beim Essen und das Auftreten auch in höherem Alter zu erklären? Gerade von den Essgewohnheiten und der Abneigung gegen gemeinsame Mahlzeiten geht Zutt (57) in seiner Interpretation aus. "Die gemeinsame Mahlzeit dient der Sammlung im Kreise des privaten Lebens. Familiäre und freundschaftliche Verbundenheit finden hier angemessenen Ausdruck. Die Magersüchtigen sind unfähig zur lebendigen Erfüllung dieser Sphäre des privaten Lebens. Das schlanke Aussehen ist hier Ausdruck eines Wesens, das der gesunden Fülle des Lebens abhold ist".

R. Kuhn (26) findet bei seiner Patientin, einer Wirtstochter, eine Furcht vor dem Betastetwerden. Aus Scham baut sie gleichsam einen leeren Raum um sich auf und rückt die Dinge, damit auch das Essen, welches die Grenze der Schamhaftigkeit verletzt, in die Ferne.

Dieses In-die-Ferne-weisen der Mit- und Umwelt kennzeichnet nach Kuhn die gestörten räumlichen Daseinsstrukturen der Magersüchtigen.

Auch M. Boss (12) weist auf diesen gestörten Raumbezug der Magersüchtigen hin, doch fährt er fort:

"Jedoch ist diese Art der Räumlichkeit immer nur die Wesensfolge des spezifisch abwehrenden und fernhaltenden Bezuges dieser Kranken allen leiblich-sinnlichen Dingen gegenüber. Demzufolge kann denn auch das Wesen der Anorexie-Patienten nie primär von der Räumlichkeit ihrer Weltstruktur her verstanden werden".

Die Träume der Magersüchtigen (55) beschäftigen sich mit Fragen der Fortpflanzung und Zeugung; häufig findet in ihnen ähnlich den Vorstellungen der Primitiven, die Zeugung durch den Mund und die Schwangerschaft im Magen statt.

So gewinnt nach Meinung mancher Analytiker die Nahrungsaufnahme bei den Magersüchtigen Symbolgehalt. Das Essen wird zur Befruchtung, Dicksein zur Schwangerschaft.

Damit wäre die Anorexie Furcht vor Befruchtung und die "angstbesetzte" Abweisung von unbewussten Schwangerschaftswünschen (1). Die Amenorrhoe wird die Folge einer phantasierten Schwangerschaft und die Obstipation das Sinnbild des Kindes im Mutterleib.

"Heimliches Essen wird zur versteckten Zeugung und Erbrechen führt zur Beseitigung der Schwangerschaft. Sündhaftes Essen wird durch reuiges Erbrechen gestühnt" (2).

Nach Schultz-Hencke (49) steht bei der Magersucht eine "oral-kapitative Gehemmtheit begleitet von einer anal retentiven Haltung im Vordergrund".

Die Magersüchtigen sind unfähig zu fordern etwas in Besitz zu nehmen, wie

es ihnen zustände. Da sie schon nichts einnehmen können, verweigern sie auch etwas herzugeben.

Nach den Erfahrungen von Boss (12) verzehren sich alle Magersüchtigen "in einer grundsätzlich gleichen Abwehrhaltung dem den Menschen vorbestimmten Existierenmüssen gegenüber". Innerhalb dieser Grundhaltung, die in letzter Konsequenz zu einem "Suicid in refracta dosi" führt, bestehen seiner Meinung nach nur graduelle Unterschiede.

Therapie:

Am Anfang der Behandlung muss die Trennung von den Eltern stehen, darüber besteht Einmütigkeit (3, 4, 14).

Die Frage, ob Hormonbehandlung oder Psychotherapie vorzuziehen sind, ist verschieden beantwortet worden. Vermutlich wird man mit beiden Methoden Erfolg (oder auch nicht) erzielen können (6).

So beschreibt Feuchtinger (18) einen Fall, wo eine ursprünglich psychogene Magersucht durch Medikamente geheilt wurde.

Auch der Nutzen von Kalbshypophysenpräparaten ist umstritten. Erfolge werden von den Gegnern dieser Methode als vorwiegend suggestiv abgetan. So verwendet z.B. Löffler (30) Implantate um eine günstige allgemeine Umstimmung der Kranken zu erreichen. Wenn der Ernährungszustand der Kranken bedrohlich ist, muss eine Sondenernährung erfolgen. Manchmal gelingt es auch, die Kranken zu überlisten, in dem man ihnen unter dem Vorwand "Abführcoctails" zu geben, hochwertige Nahrung zuführt; selbst wenn sie den Betrug merken, lassen sie sich die Methode häufig gefallen.

Vereinzelte wurde auch eine Elektroschockbehandlung versucht (Kay berichtet 4 Fälle).

Nach Ansicht von Martinotti (35) ist der Elektroschock am wirksamsten, wenn er nicht gleich zu Beginn der Behandlung, sondern erst etwa nach 50 Tagen angewandt wird; er soll besonders eine psychische Besserung bewirken. Seine Behandlung bestehend aus anfänglichen Bluttransfusionen, Hormontherapie und E.-Schock dauert etwa 3 Monate und soll, so meint er, erfolgversprechend sein.

Einen interessanten Fall berichten auch L. Vibber und Carmody (13). Sie führten bei einer Frau, die seit dem 20. Lebensjahr eine Anorexie hatte, nach Versagen anderer Behandlungsmethoden eine praefrontale Lobotomie durch. Die beidseitige Faserdurchtrennung im frontalen unteren Quadranten brachte einen Gewichtsanstieg von 26 auf 70 kg. Drei Jahre später hielt der gute Zustand noch an.

Verlauf und Prognose:

Roch, Monnier und Fanconi (17) stellen eine gute Prognose und beobachten nur in seltenen Fällen Remissionen.

M. Ruegg (42) findet bei der Nachuntersuchung von 30 Patienten 25 gesund, nur 5 leiden noch unter Schwierigkeiten, die sich überwiegend auf das Essen beziehen (Appetitlosigkeit, Magerkeit, Esseigenheiten). 4 dieser Patienten sind beschränkt arbeitsfähig, nur ein Mädchen ist zeitweise bettlägerig. Die Prognose ist in 5/6 der Fälle gut.

Beck, Brockner und Mortensen (5) konnten bei 25 Patienten, die im Alter von 14 bis 39 Jahren erkrankten, Nachuntersuchungen anstellen. Die geforderten Kriterien waren Anorexie, starker Gewichtsverlust, Oligo bzw. Amenorrhoe. 20 Patienten waren gesund, 4 in einem chronischen Hungerzustand, 1 Fall verlief tödlich.

Decourt (14) ist anhand von 33 Fällen ebenfalls optimistisch. "Gute, vorwiegend psychiatrische Behandlung verspricht mit Sicherheit die Heilung". Er findet keinen Todesfall. Allerdings diagnostiziert er selbst dann eine Anorexie, wenn keine psychischen Symptome vorliegen.

Diesen günstigen Prognosen steht die Meinung von Zutt (57) entgegen, der mit einer jahrelangen Dauer der Krankheit rechnet.

Auch Nemiah (38) kommt zu dem Schluss, dass nur ein kleiner Teil der Kranken geheilt werde und die Mehrzahl zu Remissionen neige.

Kay und Mitarbeiter (24) machten Nachuntersuchungen bei 38 Kranken (34 Frauen). 2/3 der Kranken zeigten schon in der Kindheit neurotische Symptome und über die Hälfte Ess- und Ernährungsschwierigkeiten.

Nach 5 Jahren und mehr waren 8 gestorben, davon 5 an organischen Erkrankungen (indirekte Folge des Hungerns). Ein Suicid. Nur 4 waren geheilt, bei den übrigen fand man eine teilweise Besserung.

Zusammenfassung:

Der Verlauf einer Anorexie wird sehr verschieden beurteilt. Äusserst günstigen Berichten (Ruegg findet in 5/6 der Fälle eine Heilung, Beck, Brockner, Mortensen in 4/5 der Fälle) stehen Beobachtungen gegenüber, die auf eine jahrelange Dauer hinweisen und eine Heilung als seltenen Glücksfall erscheinen lassen.

Diese Diskrepanz kann nicht allein damit begründet werden, wie es geschehen, dass die Psychiater eine schlechtere Prognose stellen, weil sie von vorneherein nur die schweren Fälle zu sehen bekommen oder dass die Psychiater strengere Kriterien für eine Heilung anwenden, sondern es segeln unter der Flagge A.n. Krankheitsbilder, die nichts mit ihr zu tun haben.

Dies wird gestützt durch die stark voneinander abweichenden nosologischen Einordnungen und das verschiedene Erkrankungsalter, worauf schon P. Loo (31) hinweist.

Hagedorn (21) berichtet in einer Arbeit von 17 Kranken, bei denen von

Klinikern eine A.n. angenommen worden war. Die Diagnose konnte aber nur in 8 Fällen beibehalten werden, bei den übrigen liess sie sich auf eine organische Erkrankung, besonders des Intestinaltraktes, zurückführen.

Auch Thiemann (53) findet in seinem Krankengut 35% intestinale Erkrankungen, die das Bild der A.n. vortäuschen.

Pierre Loo schreibt: "Die vergebliche Suche nach der eigentlichen A.n. bringt uns dazu, möglicherweise voreilig anzunehmen, dass es sie nicht gibt".

Man wird eine A.n. nur dann diagnostizieren dürfen, wenn man eine organische Grundkrankheit, auch wenn sie funktionell überlagert ist, mit Sicherheit ausgeschlossen hat und sich für eine beginnende Schizophrenie oder andere Psychose kein Anhaltspunkt bietet (51).

II. EIGENE BEOBACHTUNGEN:

Ausgangssituation für diese Untersuchung:

Die Beobachtungen stützen sich auf 33 Krankengeschichten aus verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern in München ¹⁾, vorwiegend aus den Jahren 1935 bis 1955. Nur ein kleiner Prozentsatz der Kranken wurde in der Nervenklinik behandelt. Ausser ihnen wurde offenbar kaum jemand vom Psychiater untersucht. Dies zeigt ebenso wie die Diagnose Simmondsche Kachexie, endokrine Mager-sucht oder Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, dass die Einsicht in die sekundäre Natur der körperlichen Symptome sich bei den Internisten noch nicht genügend durchgesetzt hat.

Zunächst wird ein allgemeiner Überblick über das Krankengut gegeben. Dann soll an Hand von einigen charakteristischen nachuntersuchten Fällen versucht werden, Einblick in die seelischen Ursachen der Krankheit zu gewinnen und etwas über den späteren Verlauf auszusagen.

Krankengut:

Es handelt sich nur um weibliche Patienten. Einen kurzen Überblick vermittelt die nachfolgende Tabelle.

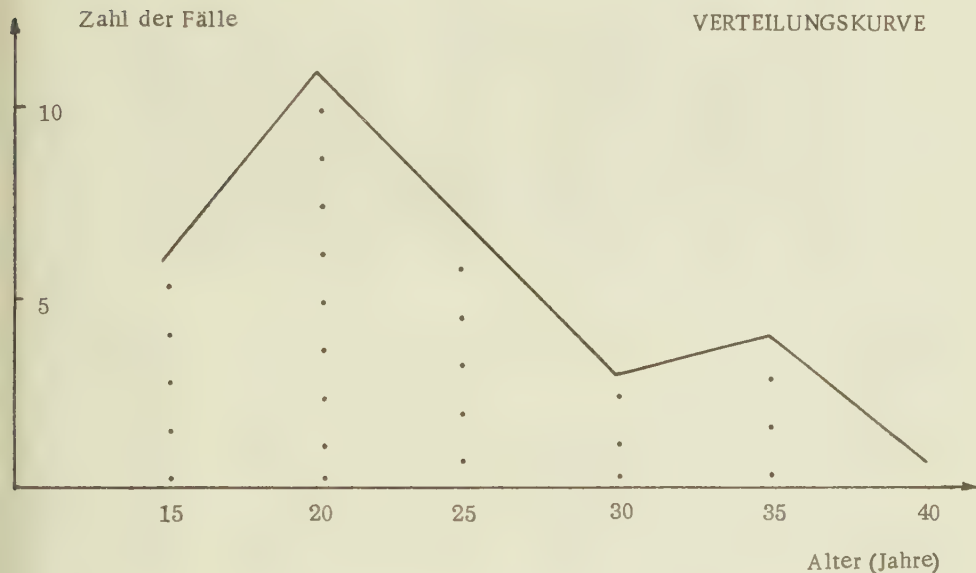
¹⁾ I. Medizinische Klinik (Direktor Prof. Dr. Schwiegl),

II. Medizinische Klinik (Direktor Prof. Dr. Bodechtel),
und Kinderklinik (Direktor Prof. Dr. Wiskott) der Universität, Städt. Krankenhaus München-Nymphenburg (Chefarzt Prof. Dr. W.C. Meyer), Städt. Krankenhaus rechts der Isar (Chefarzt Prof. Dr. Bauer), Städt. Krankenhaus Oberföhring (Chefarzt Prof. Dr. Bergstermann), Städt. Krankenhaus Pappenheimstr. (Chefarzt Dr. Bosel) und Heckscher Nervenklinik für Kinder und Jugendliche (Chefarzt Dr. Meinertz)

Den Klinikdirektoren und Chefarzten bin ich für die Überlassung der Krankengeschichten sehr zu Dank verpflichtet.

Alter z.Zt. der Krankenhausaufnahme:

Es lag zwischen 13 und 46 Jahren, am häufigsten zwischen 14 und 30 Jahren. Nach dem 30. Lebensjahr trat die Erkrankung nur selten auf. Das Durchschnittsalter betrug 23,1 Jahre.



Beginn der Symptome:

Die ersten Symptome traten bei 10 Patienten zwischen 10 bis 15 Jahren, bei 13 zwischen 16 und 20 Jahren, bei 3 zwischen 21 bis 25 Jahren auf. Älter als 26 Jahre waren 6 Patienten, in einem Fall konnte der Beginn der Symptome nicht festgestellt werden.

Fall	Alter (Jahre)	Beruf	Fam. Stand	Geschw. (cm)	Gew. (kg)	Beg. der Symptome (Jahre)	Symptome	Mögliche Ursache
1	14	Schülerin	led.	158	31	4	Totale Nahrungsver- weigerung, Luftschluk- ken, Amenorrhoe.	Ehekongflikt der El- tern, Spott in der Schule.
2	25	Stenotypistin	led.	165	46	3	Ekel vor Speisen. Brechreiz, Schlapp	?
3	45	Sekretärin	led.	157	44	1	Wählerisch im Essen. Anankast, Struktur.	Verlobungskongflikt.
4	20	Lehrerin	led.	164	67	3/4	Starkes Erbrechen. Ängstlich, Furchtsam.	Verlust des Freim- des.
5	25	ohne	verh.	167	37	9	Amenorrhoe, Obstip. Waschzwang, Esshem- nungen.	Eifersucht auf die Schwester, Abnorme Mutter-Tochterbindung.
6	31	Kontoristin	led.	165	42	3	Appetitlos, Brech- reiz, Hypothermie. Dysmenorrhoe.	?
7	20	Krankenschwe.	led.	170	37	2	Erbrechen, Ohnmachten. Druckgefühl im Magen.	?
8	13	Schülerin	led.	136	30	1/2	Appetitlos, Noch keine Menarche.	?

Fall	Alter (Jahre)	Beruf	Fam. Stand	Geschw. (cm)	Gew. (kg)	Beg. der Symptome (Jahre)	Symptome	Mögliche Ursache
9	26	Stenotypistin	led.	157	37	10	Amenorrhoe. Appetitlosigkeit. Brechreiz. Ohnmachten. Schwäche.	Nach Ausschluss jeglicher org. Ursache Psychogen?
10	23	ohne	led.	167	38	4	Depressiv, lügenhaft. Heissunger. Frieren. Heimliches Erbrechen. Infantile Züge.	Leidet unter ihrer Abstammung (Halbjüdin 1942)
11	14, 5	Schülerin	led.	151	28	3	Absonderlichkeit beim Essen. Hypothermie. Eigensinnig, rastlos.	Mutter-Kind-Konflikt.
12	26	Hausfrau	verh.	?	45	5	Appetitlos, schlapp. Dysmenorrhoe.	"Neurotische Genese"
13	33	Haustochter	led.	155	30	7	Amenorrhoe. Erbrechen.	Abnorme Eltern-Kind-Bindung.
14	20	Prüferin	led.	156	34	3	Amenorrhoe. Obstipation. Heimliches Erbrechen?	?
15	20	Prüferin	led.	155	34	3	Amenorrhoe. Heimliches Erbrechen.	?

Fall	Alter (Jahre)	Beruf	Fam. Stand	Geschw.	Größe (cm)	Gew. (kg)	Beg. der Symptome (Jahre)	Symptome	Mögliche Ursache
16	19	Verkäuferin	led.	1	152	33	6	Amenorrhoe, Nahrungs- verweigerung, Über- trieben sauber, Bazil- lenfurcht, Depressiv	Sport über ihre Fülle in der Schule.
17	23	Stenotypistin	led.	1	161	43	16	Kontrollierzwang. Ängstlich.	Entwicklungsma- gersucht mit konst. Bereitschaft.
18	16	Schülerin	led.	5	?	?	4	Amenorrhoe, Nahrungs- verweigerung, Substu- porös.	?
19	25	ohne	led.	1	?	35	5	Amenorrhoe, Abführmit- telmissbrauch, Nah- rungseinschränkung.	Sport in der Schule über ihre Mollig- keit
20	13,5	Schülerin	led.	1	163	44	1/2	Appetitlosigkeit. Amenorrhoe.	Sport in der Schu- le über Molligkeit
21	15	Schülerin	led.	0	161	37	1/6	Nahrungsverweigerung. Noch keine Menarche. "Zahlreiche psycho- pathische Symptome".	?
22	28	Kr. Schwester	led.	0	164	31	11	Abführmittelmissbr. Nahrungseinschränkung. Heiml. Essen.	Gestörte Mutter- Kind-Beziehung.

Fall	Alter (Jahre)	Beruf	Fam. Stand	Geschw. (cm)	Gew. (kg)	Beg. der Symptome (Jahre)	Symptome	Mögliche Ursache
23	14	Schülerin	led.	148	29,5	1/4	Appetitlos, Schwäche, Müdigkeit.	?
24	15,5	Schülerin	led.	163	42	1	Nahrungsverweigerung.	?
25	39	Hausfrau	verh.	158	37		Kontrollierzwang. Übertrieben sauber. Vorübergehend Amenorrhoe.	Konstit. u. neurotisch be- dingt.
26	25	Lehrerin	led.	?	40	1/2	Brechreiz, Depressiv, Schizoide Züge.	Auflösung der Verlobung.
27	25	Führerin im Reichsarb. Dienst	led.	169	47	2	Müde, Brechreiz. Hitzegefühl im Magen.	?
28	18	Stenotypistin	led.	171	36	1	Amenorrhoe, Appetitlos, Erbrechen.	Tod des Verlob- ten.
29	19	ohne	led.	161	30	3	Amenorrhoe, Freiwillige Nahrungseinschränkung.	Abneigung gegen Beleibtheit.
30	31	Ordensschwester	led.	?	33	5	Amenorrhoe, Erbrechen, Appetitlos.	?

Fall	Alter (Jahre)	Beruf	Fam. Stand	Geschw.	Grösse (cm)	Gew. (kg)	Beg. der Symptome (Jahre)	Symptome	Mögliche Ursache
31	34	Hilfsarbeiterin	led.	2	169	43	1	Appetitlos, Heiss hunger, Erbrechen, Obstipation.	?
32	30	Hausfrau	verh.	8	164	47	2	Appetitlos, Heiss hunger, Obstipation, Hypothermie.	Liebeskonflikt
33	18	Verkäuferin	led.	3	156	40	1/2	Appetitlos, Erbrechen, Hypothermie, Amenorrhoe.	Überbelastung zu Hause, Suicid einer Freundin.

Das Haupterkrankungsalter lag also zwischen dem 10. und 20. Jahr. Deshalb kann man streng genommen nicht von einer Pubertätsmagersucht sprechen, vielmehr besteht ein fließender Übergang nach beiden Seiten.

Dauer der Symptome:

Die Dauer des Leidens bis zur Krankenhausaufnahme lag zwischen 2 Monaten und 16 Jahren. In 8 Fällen lag sie zwischen einem Monat und einem Jahr, in 16 Fällen zwischen 1 bis 5 Jahren, in 4 Fällen zwischen 6 bis 10 Jahren, in 2 Fällen betrug sie mehr als 10 Jahre, 1 Fall konnte nicht festgestellt werden.

Aufnahmegewicht:

Das Aufnahmegewicht bewegte sich zwischen 29,5 kg und 67 kg (1). Die meisten Patienten waren bei der Aufnahme in stark reduziertem bis kachektischem Ernährungszustand. Der in 20 Fällen ermittelte Gewichtsverlust lag zwischen 10 und 35 kg. Bei 12 Patienten lag er zwischen 10 bis 15 kg, bei 5 zwischen 16 bis 25 kg, bei 3 betrug er mehr als 25 kg. Das bei den übrigen 13 Patienten nach den Angaben des Life Extension Institute of New-York City ermittelte Untergewicht bewegte sich ebenfalls zwischen 10 und 30 kg, in den meisten Fällen zwischen 15 und 20 kg.

Und sonstige Symptome:

Eine Amenorrhoe bestand in 15 Fällen. Zwei hatten noch keine Menarche, bei weiteren 4 war die Periode stets unregelmässig und mit Schmerzen verbunden. Bei manchen bestand nur vorübergehend eine Amenorrhoe. In einigen Fällen konnte der Anamnese nichts Sicheres entnommen werden. 14 klagten über Obstipation. Die meisten nahmen regelmässig Abführmittel, bei 3 bestand ein Abfuhrmittelmisbrauch. Ausgesprochenes Frieren bestand bei 7, es wurde aber auch sonst häufig gefunden. 12 zeigten Schwäche und Müdigkeit, nur 5 hingegen waren übermässig aktiv und betriebsam.

Psychische Auffälligkeiten:

Sie sind schwerer zu erfassen, weil nur wenige Kranke daraufhin genauer untersucht wurden. So sind diese Angaben lückenhaft. Am häufigsten war eine anankastische Struktur (übertriebene Sauberkeit, Ekel, Kontrollierzwang, Überängstlichkeit). 5 zeigten eine ausgesprochene Opposition gegen die Nahrungsaufnahme. 9 klagten über Brechreiz und Erbrechen, 4 führten Erbrechen absichtlich, meist heimlich, herbei. In den meisten Fällen bestand bei allgemeiner Appetitlosigkeit eine Vorliebe für bestimmte Speisen, meist süsse oder saure Sachen. Häufig waren neurotische Beschwerden: Augenflimmern, Kopfschmerzen, Ohnmachtsanfälle, Schwindel, Herzklopfen, tetanische Anfälle und Schlaflosigkeit.

Familienstand:

Nur 4 Patienten waren verheiratet, 20 ledig, allerdings kamen 8 davon altersmässig noch nicht für eine Heirat in Frage.

Berufe:

Schülerinnen (8), Büroangestellte (8), Hausfrauen (3), Lehrerinnen (2), Krankenschwestern (2), Ordensschwester (1), Hausangestellte (1), Verkäuferinnen (2), Führerin im Reichsarbeitsdienst (1), ohne Beruf (4), Hilfsarbeiterin (1). Auffällig ist der relativ hohe Anteil von Berufen, die eine gewisse Intelligenz erfordern.

Geschwister:

Bei 33 Patienten waren in 25 Fällen Geschwister vorhanden. 11 hatten einen Bruder oder eine Schwester, 10 2 oder 3 Geschwister, 2 hatten 5 Geschwister, eine Patientin hatte 8 Geschwister und eine sogar 10.

8 Patienten hatten keine Geschwister.

Wir finden also keineswegs häufiger Einzelkinder als dem Durchschnitt entspricht.

Familienanamnese:

Viermal wurde berichtet, dass die Eltern der Patienten ebenfalls sehr mager waren (Fall 13, 8, 17 und 22). Bei Fall 10 soll die Grossmutter des Mädchens die gleiche Störung gehabt haben. Im Fall 16 war die Schwester des Vaters dick, in Fall 29 die Schwester der Patientin. In Fall 11 wurde die Grossmutter mit 45 Jahren in eine Nervenklinik eingeliefert wegen "Unverträglichkeit". Eine Zwillingsschwester der Mutter hatte eine Wachsucht; sie trat mit 50 Jahren in den Orden ein. Es lassen sich also keine spezifischen Familienverhältnisse herausarbeiten.

Auslösung des Konfliktes:

In 19 Fällen konnte eine Antwort gefunden werden. In Fall 1 dürfte die Ehekrise der Eltern verantwortlich gewesen sein: Der Vater hatte eine andere Frau kennengelernt und kümmerte sich nicht mehr um die Familie.

Die Menarche rief dann bei der Tochter einen Schock hervor, sie kam weinend zur Mutter und rief: "Ich will nicht gross sein, ich will nicht erliden, was du durchgemacht hast. Ich will nicht erwachsen sein". Angeblich wurde sie auch von ihren Freundinnen in der Schule verspottet.

Bei Fall 3, 4 und 26 war die Auflösung der Verlobung der Grund, bei Fall 32 ein Liebeskonflikt, bei Fall 28 der Tod des Verlobten.

In 4 Fällen nahmen sich die Mädchen den Spott in der Schule über ihre Fülle zu sehr zu Herzen.

Zweimal bestand ein Mutter-Tochterkonflikt, im Gegensatz dazu zweimal eine

abnorm starke Mutter-Tochterbindung. 5 Fälle waren vorwiegend neurotischer Genese bei einer gewissen konstitutionellen Bereitschaft. In einem Fall spielte möglicherweise die Abstammung der Patientin (sie war Halbjüdin (1942) eine Rolle.

Todesfälle:

Von 33 Fällen starben 4, meist einige Jahre nach der erstmaligen Krankenhausaufnahme. Bis zuletzt liessen sich keine Anzeichen für eine gröbere organische Störung finden.

Es folgen Auszüge aus ihren Krankengeschichten:

I.) Edith G. (Fall 9), geb. 1923

F.A.:

Beide Eltern und ein 30jähriger Bruder sind gesund.

Vorgeschichte:

Als Kind Masern und Scharlach. Mit 12 Jahren Appendektomie, mit 14 Jahren Diphtherie.

Edith G. lebt in geordneten Verhältnissen bei ihren Eltern.

Krankheit:

Bis zu ihrem 16. Lebensjahr verlief die Entwicklung normal. Sie war ein gesundes und kräftiges Kind. 1939 begannen die Menses zu sistieren, der Appetit ging verloren und sie bekam Brechreiz. In den folgenden Jahren wurde sie zusehends magerer, blieb aber noch einigermaßen leistungsfähig. 1945 floh sie mit ihren Eltern aus der Tschechei. Sie überstand die Strapazen der Flucht gut. Die Appetitlosigkeit nahm zu; sie nährte sich hauptsächlich von Obst und Schokolade.

1950 wird sie in das Städt. Krankenhaus München-Oberföhring eingewiesen, weil sie nicht mehr arbeitsfähig ist. Sie wiegt 39 kg bei einer Grösse von 157 cm.

Die klinische Durchuntersuchung und die Röntgenbefunde ergaben keinen Anhalt für eine organische Störung.

Eine Implantation von 2 Kalbshypophysen blieb erfolglos. Trotz Bettruhe und normaler Kost verlor sie 3 kg an Gewicht. Schliesslich wurde sie in ungebessertem Zustand nach Hause entlassen.

1953 erfolgte die zweite Aufnahme in München-Oberföhring. Diesmal wog sie nur noch 31 kg. Der Widerwille gegen jegliche Nahrung hatte zugenommen, vorwiegend nährte sie sich von Bier. Um lebhafter zu werden, nahm sie dauernd Thyreoidin.

Ihre Umgebung hatte sich völlig auf ihre Krankheit eingestellt. Psychisch

machte sie einen unzugänglichen und abweisenden Eindruck. Auch diesmal blieb die Behandlung erfolglos.

Im Mai 1956 starb die Patientin zu Hause.

Sie war noch mehrmals in Kliniken gewesen und hatte sich zeitweilig etwas erholt. Ein krankhafter Befund ergab sich nicht. Zuletzt wog sie nur 18 kg.

II.) Anni K. (Fall 13), geb. 1920

F.A.:

Eltern und Geschwister sind gesund.

Vorgeschichte:

Als Kind Masern und Keuchhusten, bis zum 13. Lebensjahr häufig Anginen.

Mit 14 Jahren eine Commotio, mit 19 Jahren ein Herpes zoster.

Die Menarche trat mit 16 Jahren auf und war zunächst unregelmässig.

Krankheit:

Mit 19 Jahren traten zum ersten Mal Magenbeschwerden auf in Form von Druckschmerz und Übelkeit gleich nach dem Essen. Anschliessendes Erbrechen verschaffte Erleichterung. Das Erbrechen trat zum erstenmal nach einem starken seelischen Schock auf. Eine ärztliche Behandlung brachte Besserung.

Seit 1946 war Anni K. ständig zu Hause, weil sich ihr Zustand laufend verschlechterte. Sie erbrach oft und nahm 30 kg an Gewicht ab.

1952 nahm man eine Magenresektion nach Billroth II vor, die jedoch keine Besserung, sondern eher eine weitere Verschlechterung brachte.

Im gleichen Jahr machte man eine Relaparatomie, weil man an Verwachsungen dachte. Es ergaben sich jedoch normale Verhältnisse. Nach den unbefriedigenden Operationsergebnissen vermuteten die Chirurgen eine hypophysäre Kachexie, die sie erfolglos mit Hypophysenpräparaten und Drüsenimplantaten behandelten.

1953 wird die Patientin in kachektischem Zustand in die II. Med. Klinik eingewiesen. Sie wiegt 30 kg bei einer Grösse von 156 cm. Seit dem 26. Lebensjahr besteht eine Amenorrhoe.

Die klinische Durchuntersuchung ergibt keinen Anhalt für eine hypophysäre Störung. Nach der Meinung eines hinzugezogenen Psychotherapeuten handelt es sich um eine gestörte Eltern-Kindbeziehung. Anni K. vermochte sich nie vom Elternhaus zu lösen, vorübergehende Trennung brachte stets eine deutliche Verschlechterung ihres Zustandes mit sich. Eine längere Behandlung wurde dadurch unmöglich. 1958 wog sie noch 25,6 kg. 1959 wurde sie in extrem kachektischem Zustand in das Städt. Krankenhaus Ingolstadt eingeliefert. Sie hatte derartige Bauchschmerzen, dass sie fast nichts mehr essen konnte. Auf eigenen Wunsch wird sie entlassen, da sie ihren Tod kommen fühlte. Gestorben am 25.5.1959.

III.) Maria M. (Fall 23), geb. 1921

F. A.:

Der Vater war immer gesund, die Mutter litt an Gallensteinen.

Vorgeschichte:

Das Kind wurde von der Mutter nicht gestillt. Keine Kinderkrankheiten.

Krankheit:

Mit 14 Jahren verlor Maria M. den Appetit und begann abzumagern. Auf Rat des behandelnden Arztes wies man sie in die Kinderklinik ein.

Bei der Aufnahme wog sie 29,5 kg bei einer Grösse von 148 cm. Sie war blass und mager, die Mammæ über altersgemäss entwickelt.

Auf kleine Insulingaben besserte sich der Appetit etwas. Ihr Essen verschenkte sie gerne an die Bettmachbarn. Bald zeigte sie sehr grosses Heimweh und klammerte sich an alle, die in ihre Nähe kamen, um die Erlaubnis zu bekommen, nach Hause zu dürfen. Schliesslich verweigerte sie völlig die Nahrungsaufnahme.

Nach 14 Tagen wurde sie entlassen, das Gewicht war etwas abgesunken.

3 Jahre später, 1938, verstarb Maria M. Nähere Einzelheiten sind nicht bekannt.

IV.) Kalasantia Sch. (Fall 30), geb. 1920

F. A.:

Kalasantia hat 10 Geschwister. Alle Familienmitglieder sind gesund.

Vorgeschichte:

Als Kind Masern, häufige Anginen und Bronchitiden. 1939 Lungenspitzenkatarrh.

Sie besuchte 7 Jahre die Volksschule, dann 6 Jahre eine Aufbauschule. Mit 19 legte sie das Abitur ab. Danach war sie 3 Jahre berufstätig, studierte anschliessend Mathematik und Physik und legte 1947 das Staatsexamen ab.

1948 trat sie in den Orden der Armen Schulschwestern ein, wo sie als Lehrerin unterrichtete.

Menarche mit 16 Jahren. Die Periode war immer unregelmässig. Seit einem Jahr bestand eine Amenorrhoe.

Krankheit:

Mit 28 Jahren bekam sie beim Essen schwerer Speisen Magenbeschwerden, manchmal auch Erbrechen. 1942 stürzte sie über eine Treppe, war danach nur benommen, musste aber nach diesem Unfall alles erbrechen. Einige Monate später bekam sie "Herzkrämpfe", die mit Fühllosigkeit am ganzen Körper begannen.

Im September 1952 wurde sie in die Nervenklinik eingewiesen. Sie wog 33 kg.

12 kg hatte sie in den letzten Monaten abgenommen.

Psychisch sehr scheu und zurückhaltend unterband sie jede Frage, die in Richtung einer psychogenen Ursache des Erbrechens zielte.

Auch in der Klinik erbrach sie immer in Abhängigkeit von den Mahlzeiten. Nach einigen Tagen sträubte sie sich gegen einen weiteren Aufenthalt. Dem Vorschlag einer psychotherapeutischen Behandlung stand sie vollkommen ablehnend gegenüber. Nach 4 Tagen wurde sie entlassen.

Sie wurde dann in die Chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses Bad Tölz aufgenommen. Der Befund einer vorgenommenen Probelaparatomie lautete: Magen o.B. Flächenhafte Adhaesionen zwischen steinloser Gallenblase und Duodenum-Transversum (Durchtrennung). Nirgends eine Stenose. Nach der Operation fühlte sich die Patientin wohler und nahm auch an Gewicht zu.

Im März 1953 erneute Aufnahme in das Städt. Krankenhaus Bad Tölz. Zunehmende Schwäche und Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Haarausfall, Gewichtsabnahme, Erbrechen nach jeder Mahlzeit und hartnäckige Obstipation. Weitere Gewichtsabnahme.

Am 7.5.53 Exitus letalis. Eine Sektio wurde verweigert.

Im Anschluss an die Statistik folgen nun 7 ausführlicher dargestellte Fälle, deren Pathogenese und späterer Verlauf gezeigt werden soll.

I.) Irene A. (Fall 1) geb. 1941

Seit September 1953, also mit 12 Jahren, begann Irene A. zunehmend schwieriger zu werden. Wenn sie aus der Schule kam, sagte sie häufig: "Ich mag nicht mehr, ich will nicht mehr". In der Schule nahm ihre Konzentrations- und Leistungsfähigkeit ab. Die Mutter war ratlos, der Vater kümmerte sich nicht um die auftretenden Schwierigkeiten. Irene begann immer weniger und widerwilliger zu essen.

Die Menarche mit 12 Jahren wurde krisenhaft erlebt, obwohl Irene zuvor von der Mutter aufgeklärt worden war. Sie kam laut weinend zur Mutter und rief: "Ich will nicht gross sein, ich will nicht erleben, was du durchgemacht hast."

Im April 54, im Abschluss an eine schwere Grippe, verweigerte sie die Nahrungsaufnahme völlig, fing an Luft zu schlucken und aufzustossen. Beim Essen sperrte sie sich und schrie: "Ich will und ich kann nicht essen". Trotz eines Erholungsaufenthaltes im Allgäu nahm sie weiter ab und fühlte sich auch unter den anderen Kindern nicht wohl. Im Krankenhaus Regensburg verlor sie während einer Durchuntersuchung nochmals 5 kg an Gewicht. Nur unter Zwang ass sie kleinste Portionen. Die Periode blieb aus. Zuletzt war sie zu Hause so schwierig, auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung brachte keine Besserung, dass die Mutter sie in die Heckscher-Kinderklinik München bringt. Der Aufnahmebe-

fund zeigt ein 14jähriges völlig kachektisches Mädchen. Es wiegt 31 kg bei einer Grösse von 158 cm.

Das psychopathologische Syndrom: Zu Hause völlige Nahrungsverweigerung, schon der Anblick von Essen ruft Schlucken und Rülpsen hervor. In der Klinik gelingt es zunächst, die absolute Nahrungsverweigerung zu durchbrechen. Man führt ihr, unter dem Vorwand ein Medikament zu geben, hochwertige Nahrung in Form von Traubenzucker, Milch, Ei und Obstsaft zu.

Auf jede erdenkliche Weise versucht Irene sich vor dem Essen zu drücken. Sobald das Essen aufgetragen wird, fängt sie laut zu schlucken und rülpsen an. Sie muss von dem behandelnden Arzt gefüttert werden. Selbst dann ist es sehr schwer ihr das Essen beizubringen. Sie biegt und wendet sich wie ein Wurm, beisst die Zähne aufeinander, weint und klagt über unerträgliche Schmerzen, obwohl sie zuvor eine Tablette bekommen, so dass gar kein Schmerz vorhanden sein kann. Nach dem Essen wird sie wie ein Baby auf den Rücken geklopft, damit die Luft heraus kann. Die Prozedur dauert täglich etwa 2 Stunden. Danach schliesst sie sich in die Toilette ein, würgt und rülpsst derart heftig, dass es von der ersten Etage herunter noch im Parterre deutlich zu hören ist. Um das Erbrechen zu verhindern, muss man sie nach dem Essen anziehen und zum Spazieren schicken. Bei einigen Mahlzeiten, die man ihr gestattete allein einzunehmen, schüttete sie das Essen einfach in den Abguss. Gemeinsam mit Irene wird ein Tagesplan ausgearbeitet, um sie weitgehend abzulenken. Am Vormittag braucht sie stundenlang, bis sie angezogen ist. Nach der Gymnastik, die auch eine Atem-Umstimmung anstrebt, soll sie am Unterricht teilnehmen. Irene erscheint aber erst eine Viertelstunde vor Schulschluss im Klassenzimmer und stört den Unterricht, ohne sich weiter zu beteiligen, durch lautes Rülpsen. Um 12 Uhr beginnt die zweistündige Esscene. Anschliessend wird sie zum Spaziergang geschickt, danach Schulunterricht. Den Rest des Tages kann sie sich frei beschäftigen.

Irene sucht mit anderen Kindern Kontakt, da sie jedoch einen traurigen und ernsten Eindruck macht, wird sie von der Gemeinschaft abgelehnt. Energielos steht sie dann herum und weiss nicht, was sie tun soll. Sie sagt von sich selbst, dass sie sich leer fühlt, als ob man alles aus ihr herausgeblasen hätte, was in Kopf und Herz ist. Lediglich im Magen und im Unterleib hat sie ein Druck- und Völlegefühl, einen dauernden unerträglichen Schmerz. Sie versucht immer klar zu machen, wie stark dieser Schmerz sei. Es kommt sogar zu der wahnhaften Vorstellung einer Schwangerschaft.

Besonders am Morgen und in den frühen Nachmittagsstunden fühlt sich Irene unwohl, während der Abend für sie erträglicher ist.

Nach vierwöchiger Behandlung ist noch keine Besserung in dem Verhalten von Irene eingetreten. Da sie sich zuletzt weigert, am Unterricht teilzunehmen, bzw. überhaupt aufzustehen, versucht man eine Megaphonenbehandlung. Danach zeigt sich eine Besserung. Von nun an soll sie an den gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen, sie sträubt sich aber dagegen mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln. Sie versteckt sich, täuscht Magen- und Kopfschmerzen vor oder versucht

jedermann im Haus mit piepsigem Geheul davon zu überzeugen, dass es ihr unmöglich sei, in Gemeinschaft zu essen. Bei Tisch beginnt sie 1/2 Stunde später als die anderen zu essen, dabei schaut sie ständig auf die Uhr, um nicht eine Minute früher beginnen zu müssen. Dann isst sie jedoch innerhalb von 15 Min. grosse Portionen und leert ihren Teller völlig.

An Weihnachten nach mehr als vierteljähriger Behandlung wird Irene probeweise ins Elternhaus entlassen. In den letzten Wochen konnte man eine zunehmende Besserung beobachten. Das Rülpsen und Luftschlucken haben aufgehört. Ihr Gang ist bestimmter und die Stimme kräftiger geworden. Insgesamt hat sie 11 kg an Gewicht zugenommen.

Der fachpsychologische Befund ergibt eine durchschnittliche Begabung. Relativ gute Auffassung bei geringer selbstständiger aktiver und produktiver Denktätigkeit. Irene ist nicht altersgemäss entwickelt, sondern hat noch primitiv kindliche Züge an sich, sie ist liebebedürftig und Mutter-gebunden. Sie zeigt ein gewisses Geltungsstreben bei übertrieben günstiger Selbsteinschätzung.

Über ihre Lebensgeschichte erfahren wir folgendes:

Mit dem Vater, einem Oberregierungsrat, verstand sie sich gut. Zwar hat sie jetzt keinen richtigen Kontakt zu ihm, doch sucht sie seine Liebesäusserungen. Das Verhältnis zur Mutter war immer gut. Auf den 5 Jahre jüngeren Bruder Peter ist Irene häufig eifersüchtig, da sie glaubt, dass er ihr vorgezogen werde. Irene war immer ein schlechter Esser. Soweit sich die Mutter erinnern kann, musste man bei ihr mit dem Essen hinterher sein.

Sie hatte zahlreiche Kinderkrankheiten: Scharlach, Masern, Keuchhusten, Mumps und Windpocken. Ausserdem eine Gelbsucht mit schwerer Pneumonie. Mit 6 Jahren ein Bilddarmdurchbruch.

Schon mit 11 Monaten war sie ein sehr reges und lebhaftes Kind. Sie ging gerne in den Kindergarten und fügte sich unauffällig in die Gemeinschaft ein. Sechsjährig kam sie in die Volksschule. In ihrem 7. Lebensjahr kam es zu einer schweren Ehekrise der Eltern. Nach zuvor glücklicher Ehe lernte der Vater eine andere Frau kennen, er war von da an wie umgewandelt, zeigte sich eigensinnig und verschlossen auch den Kindern gegenüber. Besonders anfänglich kam es zu lauten Auseinandersetzungen, deren Zeuge die Kinder häufig ungewollt waren. Der Vater nahm am Familienleben selbst keinen Anteil mehr. Die ganze Ehekrise dauert nun schon 7 Jahre, der Kinder wegen wollte sich die Mutter jedoch nicht scheiden lassen. Irene erlebte den Konflikt bewusst mit, nachts wachte sie häufig auf, hörte den Streit der Eltern und wollte dann schlichten. Oft kam sie von der Schule nach Hause, war böse, eigensinnig und folgte der Mutter nicht; zeitweilig ging es wieder besser. Nach 4jährigem Volksschulbesuch trat Irene in das Gymnasium P. ein. In der Schule und zu Hause bemerkte man, dass sie zunehmend stiller wurde. Sie zog sich am liebsten zurück, fand auch keinen richtigen Anschluss an Freundinnen. Manchmal rief man ihr auf der Strasse nach, dass der Vater mit anderen Frauen gehe. Die Leistungen in der Schule liessen nach. Im Herbst 1953 zog die Mutter nach Regensburg. Irene ging nun bei den

Englischen Fräulein zur Schule, musste aber die zweite Klasse wiederholen. Mit der Lehrerin verstand sie sich nicht, reagierte auf ihre Fragen abweisend, machte keine Aufgaben mehr und zog sich völlig in sich selbst zurück.

Besprechung: Es handelt sich um ein 15jähriges Mädchen, das nach den Angaben der Mutter aus einer Familie stammt, in der keine groben nervösen Störungen vorhanden waren. Den Vater darf man allerdings nach den Schilderungen der Mutter und den Berichten anderer zu den schizoiden Einzelgängern rechnen. Die Mutter macht einen natürlichen Eindruck. Bis zum 7. Lebensjahr verlief die Entwicklung normal, Irene war keineswegs eine Einzelgängerin, sondern fühlte sich in der Gemeinschaft wohl. Dann begannen die ersten Schwierigkeiten im Anschluss an die Ehekrise der Eltern. Zunächst fielen nur die schlechten Schulleistungen und der Ungehorsam zu Hause auf, dann folgen zunehmende Zurückgezogenheit und auch Schwierigkeiten beim Essen. In das 12. Lebensjahr fällt die Menarche, die für das Kind einen schweren Schock bedeutet. Aber erst mit 13, im Anschluss an eine schwere Grippe, kommt es zur völligen Nahrungsverweigerung und quälendem Luftschlucken. Nach mehreren erfolglosen Behandlungsversuchen kommt Irene in die Heckscher-Kinderklinik. Im Verlauf von mehr als einem Vierteljahr gelingt es mit einem sehr grossen Aufwand an Mühe und Geduld, eine langsame Besserung und Heilung zu erzielen.

Während der Krankheit fällt das Gefühl der Leere auf, von dem sie berichtet: Als ob man alles aus ihr herausgenommen hätte, was in Kopf und Herz ist. Im Fall 4 von Zutt wird dies mit fast den gleichen Worten geschildert: Es gibt Zeiten, in denen ich nicht ganz richtig bin ... und ich mir nur noch wie ein halber Mensch vorkomme ... sehr leer und so, als ob der Wind alles, was in Kopf und Herzen ist herausgeblasen hätte, gefühlt wie eine Schale ohne Kern. Im Gegensatz dazu steht der bedrückend empfundene Magen und Unterleib. Ein dauernder quälender Schmerz.

Es handelt sich hier um eine Anorexia nervosa mit fast allen typischen Symptomen, besonders stark tritt die Ablehnung der gemeinsamen Mahlzeit, wie es Zutt beschrieben hat, hervor und die Regression in eine frühe Altersstufe, der Wunsch wie ein Baby gefüttert und behandelt zu werden.

Die Wurzeln des Konfliktes lassen sich bis in das 7. Lebensjahr zurück verfolgen. Anlass war die lange andauernde Ehekrise der Eltern. Hinzu kam der Spott der Kinder auf der Strasse, das schockartige Erleben der Menarche und als letztes Glied der Kette eine schwere Grippe, an die sich die Nahrungsverweigerung unmittelbar anschloss. Für diesen Fall dürfte besonders die Deutung Leibbrands von einer Protestreaktion gegen das Erwachsenwerden zutreffen.

II.) Adolfine Sch. (Fall 28) geb. 1929

Seit einem Jahr war sie völlig appetitlos und hatte in dieser Zeit 23 kg an Gewicht verloren. Eine Amenorrhoe bestand ebenfalls seit einem Jahr. Sie war hochgradig nervös und litt unter Angstgefühlen, die vorwiegend nachts auftraten. Dies führt 1947 zur Aufnahme in die II. Med. Klinik. Der Aufnahmebefund zeigt ein 18jähriges Mädchen, das 36 kg wiegt bei einer Grösse von 171 cm.

Psychopathologisches Syndrom: Die Appetitlosigkeit fing damit an, dass ihr Freund mit einem Wagen tödlich verunglückte; zuvor hatte sie eine Auseinandersetzung mit ihm gehabt.

"Ich habe bis heute das Gefühl - das kann mir niemand nehmen -, dass ich ein gross Teil Schuld an dem Unfall habe". Sie pflegte den Freund noch einige Wochen bis zu seinem Tode. Dann setzte plötzlich die Anorexie ein.

"Ich konnte dann nicht mehr essen, nach aussen hin war ich gleichbleibend, zeigte mich nicht deprimiert. Ich versuchte mich zu beherrschen, aber ich mied die Menschen. Ich habe hie und da einen Cognak getrunken. Ich hatte auch das Gefühl, ich kann nicht mehr schlafen, ich werde nicht mehr müde".

Frl. Sch. war nicht suicidal. "Es war ein völliges Wurstigkeitsgefühl. Wenn ich hätte sterben müssen, mir wäre es egal gewesen. Wenn ich Besuch bekam, war es mir gleichgültig".

Während ihres Klinikaufenthaltes vom 9.7. bis 9.9.1947 konnte eine organische Erkrankung ausgeschlossen werden.

Zu Beginn nahm Frl. Sch. nur leeren Tee und Zwieback zu sich. Nach intensiver psychischer Beeinflussung gelang es, ihr gehaltvollere Nahrung zuzuführen. In den folgenden Wochen nahm sie 5 kg zu. Als sie aus technischen Gründen auf eine andere Station verlegt wurde, wirkte sich dieser Milieuwechsel sehr ungünstig aus. Sie begann wieder die Nahrung zu verweigern und magerte auf 34 kg ab. Der Versuch mit kleinen Insulingaben 2 x täglich blieb erfolglos. Nach achtwöchiger Behandlung wurde Adolfine Sch. auf eigenes Drängen hin entlassen.

Über ihre Krankheit berichtet Frl. Sch.: Sie war einziges Kind, erlebte eine sehr schöne Kindheit bei den Grosseltern, weil die Eltern viel verreist waren. Erst mit 13 Jahren kam sie zu ihren Eltern. Der Vater, von Beruf Chemiker, arbeitete in Leverkusen. Sie hing mehr an der Mutter. Der Vater war sehr herrisch. "Es hat auch Ohrfeigen gegeben, aber meist unbegründet. Wenn ich am Tisch sass und ich konnte beim besten Willen nicht mehr essen, hat er mich geschlagen oder ins Bett geschickt und eingesperrt und am nächsten Tag musste ich noch einmal dasselbe essen. Er hat zu mir gesagt, wenn Du nicht essen willst, musst du sterben".

Dies war eigentlich der einzige Grund, weshalb ihre Eltern stritten.

Adolfine Sch. war bis zu ihrem 16. Lebensjahr ein molliges Kind. Sie war nicht wählerisch im Essen.

Ihr Vater war gross und schlank und auch die Mutter war nicht dick.

Bei der Nachexploration am 24.8.59 berichtete Adolfine Sch., dass sie die

Klinik damals verlassen hatte, weil man ihren Zustand für bedrohlich hielt und eine Sondenernährung erwog. Zu Hause fing sie an sehr kleine Portionen zu essen, zunächst nur Brot. Der Zustand blieb noch über ein Jahr bedrohlich. 1949 kam die Periode wieder. Erst 1956 konnte sie wieder arbeiten. Ihre frühere Tätigkeit als Stenotypistin musste sie aufgeben, "weil ich eine furchtbare Raumangst habe". Sie nahm daraufhin eine Stelle als Bedienung an.

"Im Hotel kann ich immer die Räumlichkeiten wechseln". Adolfine Sch. gibt an, dass sie sich seit ihrer Krankheit in privaten Dingen nicht mehr durchsetzen kann. "Vielleicht, weil der Wille damals einen Stoss bekam".

Sie möchte gerne ihre Verlobung lösen, bringt es aber nicht fertig. Sie kennt ihren Verlobten seit 4 Jahren. Im ersten Jahr der Freundschaft erlebte sie noch gelegentlich einen Orgasmus, jetzt ist sie frigide, ausser wenn sie sich betrunken hat und beim Verkehr überhaupt nicht an ihn denkt. Sie hat von ihm eine Tochter, die jetzt 14 Monate alt ist. Damals hatte sie mit dem Gedanken gespielt, die Schwangerschaft heimlich zu unterbrechen, aber ihr Verlobter liess es nicht zu. Alle Versuche, sich von ihm zu trennen, sind gescheitert.

"Der Mann ist sehr, sehr roh, sehr schlampig und ich habe Angst vor ihm. Früher habe ich keine Angst gehabt. Ich bin dem Mann sein moralisches Rückgrat, er trinkt und spielt und hat alle Untugenden und er ist sehr eifersüchtig. Früher ging ich gerne ins Konzert und Theater, jetzt verbietet er mir dies. .

(Isst er gern?) Er frisst! Ich mag Leute nicht gerne, die soviel essen. Wenn ich Auseinandersetzungen mit ihm habe, werde ich arbeitsunlustig, kann nicht mehr essen und dann kommt auch wieder das Brechen".

Im allgemeinen kann FrI. Sch. heute alles essen. Nur manchmal: "Ich habe Zeiten, wo ich denke, es könnte wiederkommen, da vergeht mir der Appetit und auch das Erbrechen kommt. Ich muss mich dann sehr in acht nehmen".

Der Schlaf ist immer schlecht, sie erwacht häufig mit Angstschweiss.

FrI. Sch. ist sehr ordentlich und genau in allen Dingen. Sie wäscht sich sehr oft, so dass ihr Freund sagt, sie habe den Sauberkeitsfimmel. Sie bügelt auch viel, die Taschentücher im Schrank liegen "wie Soldaten aufeinander". Auch bei anderen legt sie grossen Wert auf Sauberkeit und Gepflegtheit. Bei unordentlichen Leuten ekelt sie sich, etwas zu essen.

"Ich gehe auch ungern auf fremde Toiletten". Sie fürchtet sich vor dem Wasser und zwar, wie sie ausdrücklich sagt, vor grossen Flächen. "Ich habe das Gefühl, es zieht mich hinein". Sie fährt ungern im Lift, in der Furcht, er könne steckenbleiben.

FrI. Sch. bezeichnet sich selbst als ehrgeizig. Sie ist ungern allein "ich mag viele Menschen um mich, ich bin ein Mensch, der Gesellschaft sucht". FrI. Sch. findet schlanke Frauen schöner als rundliche. "Dass sich eine Frau vollfrisst und nachher jammert, sie sei zu dick, das ist mir unverständlich."

Besprechung: Es handelt sich um eine jetzt 30Jährige, bei der mit 18 eine plötzliche Anorexie auftrat, die bis zur totalen Nahrungsverweigerung reichte mit nachfolgendem erheblichen Gewichtsverlust und Amenorrhoe. In der Familie

sind keine Geisteskrankheiten bekannt. Die Kindheit von Adolfine Sch. verlief normal. Sie hatte guten Appetit und war bis zu ihrem 16. Lebensjahr ein molliges Kind. Die Schwere des Krankheitsbildes zeigten das völlige Gleichgültigkeitsgefühl "wenn ich hätte sterben müssen, mir wäre es egal gewesen" und das Gefühl des nicht mehr Müdewerdens. Der körperliche Zustand blieb über 2 Jahre bedrohlich; die Periode kam erst drei Jahre später wieder. Erst 10 Jahre danach konnte sie einen Beruf wieder ausüben.

Auch heute noch, nach 12 Jahren scheint etwas von der damaligen Störung zurückgeblieben zu sein. Sie berichtet, dass sie sich im Privatleben nicht mehr durchsetzen kann. Sie hat sich mit einem geistig ihr unterlegenen Mann eingelassen, der nach ihrer Schilderung roh und brutal ist und sehr gerne frisst. Zeitweilig denkt sie auch es könnte wiederkommen "da vergeht mir der Appetit und auch Erbrechen kommt".

Adolfine Sch. ist eine ehrgeizige aktive Persönlichkeit mit einem Hang zur Genauigkeit und anankastischen Zügen. An der damaligen Anorexie dürfte einmal die reaktive Depression über den Verlust des geliebten Mannes schuld gewesen sein. Hinzu kommt, dass Adolfine Sch. den Kummer vor ihren Eltern verborgen halten musste und sich nicht aussprechen konnte. So schlug sich die Trauer ganz auf die orale Sphäre. Zum anderen lag in der Nahrungsverweigerung ein Gran Selbstbestrafung auf Grund eines Schuldgefühles, das heute noch besteht. "Ich habe bis heute das Gefühl- das kann mir niemand nehmen-, dass ich ein gross Teil Schuld an dem Unfall habe".

Schliesslich muss man noch das damalige Alter (18 Jahre) berücksichtigen. Ein Alter, in dem das endokrin-seelische Gefüge besonders bei jungen Mädchen noch labil ist.

Erst alle drei Faktoren haben das Bild in seiner ganzen Schwere bedingt.

III.) Lieselotte K. (Fall 16) geb. 1929

Plötzlicher Beginn mit 13 Jahren. In der Schule und bei Bekannten hatte sie öfters hören müssen, wie stark und dick sie werde; daraufhin begann sie weniger zu essen und eine wenig kalorienreiche Nahrung zu bevorzugen. Das Bild entwickelte sich langsam fort. 1952 wurde sie von ihren Eltern in die Nervenklinik gebracht. Sie war ängstlich und furchtsam. Bei der Trennung von den Eltern schrie und tobte sie.

Der Befund zeigt ein 19-jähriges allgemein unterentwickeltes Mädchen. Mammae, Achsel- und Schambhaarung kaum ausgeprägt. Sie wiegt 33 kg bei einer Grösse von 152 cm.

Psychopathologisches Syndrom: Sie liesse sich "totschlagen", müsste sie mit Fett zubereitete Speisen zu sich nehmen. Sie hat ein ausgesprochenes Verlangen nach Obst, dass sie sogar bei anderen Leuten welches bettelt. Zwei silberne Messer ihrer Tante hat sie heimlich gegen Obst vertauscht, ebenso Briefmarken. Sie ging auch zu Bekannten und Verwandten und kochte sich dort Gemüse in Was-

ser unter dem Vorwand, zu Hause könne kein Feuer gemacht werden.

Ihr Speiseplan bestand aus:

Frühstück: Kaffee ohne Milch und Zucker, vom Brot nur die Rinde.

Mittags: Leere Maggisuppe, Dörrgemüse, Spinat und gekochtes Kalbfleisch in ganz kleinen Mengen.

Abends: Dasselbe oder magere Wurst.

Ihre Befürchtung dick zu werden, wurde noch durch die Annahme verstärkt, die Anlage hierzu liege in der Familie, da die Schwester des Vaters sehr beleibt war und sie glaubte derselben ähnlich zu sehen.

Lieselotte K. begann ihre Kleidung zu vernachlässigen, doch übertrieb sie die Körperpflege. In der Strassenbahn ekelte sich bei Berührung mit schmutzigen Personen. Als sie hörte, dass Krätze und Tuberkulose durch Berührung übertragen werden könnten, begann sie sich jedesmal, wenn sie nach Hause kam, besonders sorgfältig zu waschen. Bei der Exploration ist sie mitteilnehmend und gut kontaktfähig. In ihren Ansichten und Gebahren wirkt sie jedoch etwas infantil. Während der Behandlung fällt ihre Betriebsamkeit auf, zeitweilig ist sie depressiv.

Nach 3 Wochen wurde sie entlassen, sie hatte etwas an Gewicht zugenommen.

Das Unsinnige ihres Verhaltens schien sie einzusehen.

Über ihre Lebensgeschichte berichtet sie: Sie wurde durch einen Kaiserschnitt entbunden. Die Eltern heirateten erst nach ihrer Geburt. Anfänglich wuchs sie bei den Grosseltern auf. "Mein Vater hatte eine feine und ruhige Art. Er hat uns nie geschlagen. Mutti war impulsiver." Sie hing etwas mehr am Vater, verstand sich aber auch mit der Mutter gut. Der Verhältnis zwischen den Eltern war ausgezeichnet. "Wir hatten ein sehr schönes Familienleben". Beide Eltern waren schlank. Bei der Geburt der jüngeren Schwester: "Bin ich am Anfang immer im Eckel gestanden und habe geweint. Zuerst hat sich immer alles nur um mich gedreht, jetzt hat man sich mehr um die Schwester gekümmert". Sie bezeichnet sich selbst als gefühlvoller als ihre Schwester.

An Kinderkrankheiten hatte sie Rachitis und Masern. Sie kam rechtzeitig in die Schule und war eine gute Schülerin. Nach der Volksschule absolvierte sie eine dreijährige Lehrzeit als kaufmännischer Lehrling. Die Menarche trat erst mit 18 Jahren nach Hormoninjektionen ein. Die Menses waren später immer regelmässig.

Bis zu ihrem 13. Lebensjahr war der Appetit gut. "Ich habe Unmengen gegessen und auch schon Bier getrunken".

Nachexploration am 3.12.59.

Die Nachexploration findet in ihrer Wohnung statt, da sie sich nicht entschliessen konnte, zu einem Gespräch in die Nervenklinik zu kommen. "Es war damals die schlimmste Zeit für mich".

Lieselotte K. ist jetzt 30, sie sieht aber wesentlich jünger aus. "Ich wurde noch nie über 25 geschätzt". Sie wiegt 45 kg bei einer Grösse von 152 cm. Früher litt sie häufig unter kalten Händen und Füßen, das ist jetzt etwas besser geworden.

Die Essgewohnheiten seit der Entlassung aus der Klinik (1947) sind gleichgeblieben oder, wie die Grosseltern angeben, eher etwas schlimmer geworden. Sie rührt weder Brot noch Kartoffeln an. "Ich esse hauptsächlich Obst, besonders Zitronen, Joghurt und Käse, wenig Fett. Nie ein Butterbrot wie ein anderes. Nur selten Wurst oder Fleisch". Aus Überzeugung? "Ich glaube der Körper ist daran gewöhnt". Sie interessiert sich zwar für Rohkost, hat aber keine Verbindung zu Vegetariern. Bevorzugt isst sie saure Sachen, Zitronen und Essigurken. Nach ihrer damaligen Entlassung aus der Klinik war sie eine zeitlang als Schaffnerin tätig. Sie wurde aber mit Rücksicht auf ihre Gesundheit entlassen. Heute arbeitet sie als Zeitungsausträgerin, muss jeden Morgen um 2,45 Uhr aufstehen und bis um 7 Uhr Zeitungen austragen. Danach legt sie sich nicht mehr ins Bett.

Vor 2 Jahren hat sie geheiratet. Der Mann ist 4 Jahre jünger. Die Ehe geht aber nicht gut. Der Mann ist arbeitsscheu und trinkt, für ein uneheliches Kind von ihm zahlte er nie, er sass auch schon im Gefängnis. "Ich habe aus Liebe geheiratet und nehme an, dass auch er mich aus Liebe geheiratet hat." Seit einem Jahr hat er sie verlassen. Der Appetit ist seitdem wieder schlechter geworden. "Besonders in der ersten Zeit, als mein Mann fort war, war es schlimm". Frau L. liebt ihren Mann heute noch und hofft, dass er zurückkommt. "Ich bin ein eigener Mensch, ich halte zu ihm, selbst wenn er ins Zuchthaus kommt." In der Ehe war der Mann führend "Ich habe ihm in allem nachgegeben, ich liess ihn fortlaufen, wann er wollte. Vielleicht war das auch nicht gut. (Ist er gern?) Nur was ihm geschmeckt hat, ich hatte es ihm sogar hinten hereingesteckt". Frau L. hatte ihre ersten intimen Beziehungen mit 20 1/2 Jahren. "Ich war nicht leichtsinnig, aber ich dachte, es sei der Richtige gewesen fürs ganze Leben." Ihre intimen Beziehungen sind angeblich immer gut gewesen.

Von sich selbst berichtet Frau L., dass sie sehr genau in allen Dingen sei und auch ausgedehnte Körperpflege betreibe. "Ich wasche und bade sehr viel, danach fühle ich mich wohler und kräftiger". Sie geht etwa viermal in der Woche in die Badeanstalt, wenn sie danach heimkommt, wäscht sie sich trotzdem wie gewöhnlich. Bezüglich ihrer Kleidung ist Frau L. sehr sorgsam. Auch das Zimmer muss ordentlich sein. "Ich bin aber nicht extra peinlich. Ich mag nicht die peinlichen Leute, ich habe lieber etwas Leichtlebigeres."

Die Furcht vor ansteckenden Krankheiten und Ekel, wenn sie mit schmutzig gekleideten Personen in Berührung kam, haben sich heute verloren. Der Umschlag trat ein: "Wie ich unter junge Leute kam. Wie ich verliebt war und meinen ersten Freund hatte. Ich wurde damals offener". Früher war Frau L. sehr religiös. "Jetzt gehe ich das ganze Jahr nicht mehr in die Kirche; selbst vor der Hochzeit war ich nicht beim Beichten. Aber ich habe schon meinen Glauben. Seit mein Mann weg ist, grüble ich allerdings wieder etwas mehr". Auf die Frage, ob sie früher lieber ein Junge gewesen wäre: "Nein, ich war schon als Kind sehr fraulich". Frau L. findet dicke Personen gemütlicher, möchte aber selbst nicht dick sein.

Besprechung: Es handelt sich um eine jetzt 30jährige, deren Magersucht mit 13 Jahren plötzlich begann. Bis zum 13. Lebensjahr verlief die Entwicklung

normal; Der Appetit war ausgezeichnet. In der Folgezeit nimmt die Essstörung ein erhebliches Ausmass an und führt zu einer rein vegetarischen Ernährung. Gleichzeitig bildet sich ein Waschzwang aus, verbunden mit Bazillenfurcht. Es fallen weiter die lügenhaften Züge auf, allerdings nur im Rahmen der Essgewohnheiten. Eine grosse Betriebsamkeit, die der Abmagerung dienen soll. Mit 19 Jahren erfolgt ein dreiwöchiger Aufenthalt in der Nervenklinik. Während desselben Gewichtszunahme und anstandsloses Essen, das nachträglich betrachtet, allerdings fragwürdig erscheint.

Bei der Nachexploration 12 Jahre später erfahren wir, dass Frä. L. seit 2 Jahren verheiratet ist mit einem Mann, der dem Kriminellen bedenklich nahe steht. Kindlich liebt sie ihn trotzdem. Ekel, Furcht vor ansteckenden Krankheiten usw. haben sich verloren. Der Umschlag trat bald nach der Entlassung aus der Klinik ein. "Wie ich unter junge Leute kam". Sie ist immer noch etwas infantil und wirkt im Gespräch sehr kindlich. Die Essgewohnheiten sind gleich geblieben. Wie früher lebt sie hauptsächlich von Obst, besonders Zitronen. Allerdings versucht sie das Ausmass ihrer abnormen Essgewohnheit im Gespräch als unbedeutender hinzustellen, als es der Wirklichkeit entspricht. Auffallend ist die starke Besorgnis für die Grosseltern, bei denen sie lebt und auch für den Mann, den sie im Essen verwöhnt hat. Fanconi (17) hat bei seinen Kranken ebenfalls häufig eine besondere Fürsorglichkeit gefunden. Lieselotte L. hatte ein asketisches Ideal. Zwar behauptet sie bei anderen fände sie das Dicke gemütlicher, doch scheint dies fraglich. Die anankastischen Züge im Sinne der übertriebenen Reinlichkeit und Ordnung bestehen noch in vollem Umfang. Wichtig ist es, dass ihr das häufige Baden das Gefühl der Gesundheit verleiht. "Danach fühle ich mich wohler und kräftiger". Trotz aller Schwierigkeiten ist sie eine das Leben bejahende Persönlichkeit.

Man kann sagen, dass es sich bei Frau L. um eine seit dem 13. Lebensjahr anhaltende Magersucht handelt auf dem Boden einer anankastischen Struktur verbunden mit infantilen Zügen, die sich auch somatisch ausdrücken.

Das eigentlich auslösende Moment ist nicht mit Sicherheit zu erfahren, doch scheinen Neckereien der Freundinnen, dass sie dick werde, eine wesentliche Ursache gebildet zu haben bei einem starken asketischen Ideal (55).

IV.) Irmgard L. (Fall 18) geb. 1929

Es begann mit 12 Jahren. Irmgard klagte ständig über alle möglichen Schmerzen. Im Vordergrund der Beschwerden stand der Magen: Völlegefühl, Appetitlosigkeit und Widerwillen gegen jegliche Nahrung. Im August 46 kam Irmgard in die Nervenklinik. Sie hatte seit 2 Jahren das Bett nicht mehr verlassen. Der Aufnahmebefund zeigt eine 16jährige mit einem Gewicht von 39 kg.

Psychopathologisches Syndrom: Völlig apathisch und ablehnend will Irmgard nicht selbständig essen. Sie sei so matt, dass sie den Löffel nicht heben könne. Wenn man ihrem Wunsch nicht entspricht und sie füttert, bleibt das Essen unbe-

rührt oder sie lässt sich von ihren Mitpatienten füttern. Auf jedem Bissen, der ihr in den Mund gebracht wird, kaut sie stundenlang herum. In der Nacht nimmt sie aber gelegentlich Nahrungsmittel aus dem Nachtkasten zu sich. Sie liegt den ganzen Tag regungslos im Bett, ist zeitweilig überhaupt nicht ansprechbar und öffnet die Augen nur, wenn sie sich unbeobachtet fühlt. Man behandelt sie mit Massage und elektrischen Strömen, damit sie sich selbst an der Bewegung ihrer Extremitäten beteiligt. Nach mehr als zehnmonatigem Klinikaufenthalt wird Irmgard entlassen. Sie verlor 4 kg an Gewicht. Zu Beginn des Aufenthaltes noch gelegentlich ansprechbar, bot sie zuletzt ein supstuporöses Zustandsbild und nahm von der Umgebung kaum Notiz. Neurologisch fand sich kein Anhalt für einen organischen Gehirnpfrozess. Es wurde die Diagnose einer hypophysären Magersucht gestellt.

Über ihre Lebensgeschichte erfahren wir:

Irmgard verlebte ihre Kindheit in Cernowitz (Siebenbürgen). Der Vater war dort in einem Internat von 90 Schülern Studienrat. Sie hat noch 5 Geschwister, darunter 3 ältere Stiefgeschwister.

Bis zu ihrem 13. Lebensjahr war sie von Masern und Scharlach abgesehen gesund. Um diese Zeit begann sie sich langsam zu verändern. Während sie früher eine gute Schülerin war, liessen jetzt ihre Leistungen nach. In hypochondrischen Klagen nahm der Magen eine besondere Stellung ein. Eine Karlsbader Kur war erfolglos, ebenso eine Behandlung mit Bürstenbädern in einer Breslauer Privatklinik. In der Nervenlinik in Breslau konnte man keinen organischen Befund feststellen. Im Mai 43 wurde Irmgard in die Kinderklinik in Jena eingewiesen, da sie nicht mehr vom Bett aufstand. Von da brachte man sie in die Nervenlinik von Jena. In einem auszugsweisen Bericht der Nervenlinik steht: "Wir glauben jetzt mehr als anfangs, dass es sich doch bei dem Kind um eine schleichend verlaufende Schizophrenie handelt. Einige Äusserungen aus letzter Zeit erscheinen uns äusserst verdächtig: Ob sie überhaupt Irmgard L. sei, sie komme sich so ganz verändert vor. Wiederholt gab sie an, gar keinen Kontakt mehr zur Aussenwelt zu haben. Die Bäume, die Blumen, die Gegenstände im Zimmer erschienen ihr so unwirklich, so fremd, so ganz verändert. Beim Besuch ihrer Mutter hob sie wiederholt hervor, dass sie sich gar nicht vorstellen könne, dass die Mutter nun wirklich an ihrem Bett sitze, es sei alles so unwahrscheinlich, so merkwürdig.

Fast täglich klagte sie über Denkfstörungen, sie könne sich auf nichts mehr richtig besinnen. Die Ereignisse seien ihr so fern gerückt. Auch manchmal könne sie gar nicht scharf nachdenken und logisch überlegen, sie vergesse auch alles.

Das Befinden verschlechterte sich weiter. Von Nov. 43 bis Juli 44 lag Irmgard ständig zu Hause. Sie war sehr empfindlich und reizbar, tagelang war sie völlig apathisch, dazwischen beschäftigte sie sich mit Lesen. Im Juli 44 wurde sie von ihren Eltern in ein Sanatorium bei Freiburg gebracht. Ende 1944 wurde sie anlässlich der schweren Fliegerangriffe mit dem roten Kreuz nach Breslau zurückgebracht. Im Jan. 45 auf der Flucht vor den Russen kam sie im Lazarettzug nach

Görlitz ins Krankenhaus. Von dort in ein Krankenhaus bei Passau und schliesslich auf Wunsch der Eltern in die Nervenklinik München.

Über das weitere Schicksal gibt ein Brief des Vaters vom 17.8.59 Aufschluss: Von 47 bis 49 war Irmgard mit den Eltern in einem Dorf bei Twistringen als Flüchtling untergebracht. Sie war immer noch reizbar und hochempfindlich. 1952 kam sie in die Heilanstalt Tiefenbrunn bei Göttingen. Nach einem Tiefstand Anfang 54 trat eine langsame Besserung ein. Im Sommer 56 wohnte Irmgard ausserhalb der Anstalt, stand aber weiterhin in ambulanter Behandlung. Sie besorgte schon kleine Einkäufe und ging manchmal ins Kino. Im Herbst 57 übersiedelte sie zu ihren Eltern nach Bremen, sie wird dort psychotherapeutisch weiterbehandelt. Seit einigen Monaten hat sie sich auf eigenen Wunsch ein Zimmer genommen, wohnt für sich und kocht und wirtschaftet allein. "Ihre Haltung den Menschen gegenüber ist offen und gewinnt allmählich an Sicherheit, überwertet aber unangenehme Erfahrungen. Sie ist sehr ordnungsliebend, verbindlich, kindlich-lieb und dankbar. Sie hat auch einige Bücher, ermüdet aber beim Lesen sehr rasch. Im Religiösen betont sie ihre Freiheit und ihr eigenes Urteil. Ihr körperlicher Zustand ist noch sehr zart und wenig ausdauernd".

Besprechung: Es handelt sich um eine jetzt 30jährige, die sich mit 12 Jahren langsam veränderte. Neben zahlreichen hypochondrischen Beschwerden stand die völlige Appetitlosigkeit, ihr Widerwillen gegen die Nahrung im Vordergrund. Behandlung in zahlreichen Kliniken. Mit 14 Jahren trat eine Depersonalisation auf. Der Kontakt zur Aussenwelt ging verloren, die Umwelt erschien fremd und unwirklich. In die gleiche Zeit fällt die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale. In den folgenden Jahren liegt die Patientin ständig im Bett, ist kaum ansprechbar und bietet schliesslich ein substuporöses Zustandsbild. Eine Besserung beginnt erst 1956, ihrem 27. Lebensjahr. Heute versucht sie selbständig zu sein und aus ihrem kindlichen Zustand herauszukommen. Der Verdacht einer Schizophrenie hat sich nicht bestätigt. In der Familie sind keine Geisteskrankheiten bekannt, nur eine Grosstante soll eine Zeit lang schwer-mütig gewesen sein.

Leider wissen wir hier nichts über die Ursache des Traumas, das zu einer derart schweren Antriebsstörung geführt hat und zu einer derartigen Protesthaltung gegen das Leben überhaupt. Man kann hier von einem "Suicid in refracta dosi" (12) sprechen.

V.) Maria L. (Fall 19) geb. 1927

Es begann mit 20 Jahren. Maria L. besuchte einen Tanzkurs und verliebte sich in einen Kellner. Dieser sagte ihr, dass schlanke Mädchen viel hübscher seien. Zwar wusste sie schon in der Schule, dass sie etwas rundlich war, doch hatte sie bis dahin nie versucht abzumagern. Jetzt begann sie wenig zu essen und sehr viel Abführmittel zu nehmen. Sie verlor 15 kg an Gewicht, die Periode blieb aus und sie bekam Hungerödeme. Freiwillig kommt sie 1952 in die Nervenklinik.

Der Aufnahmebefund zeigt ein 25-jähriges Mädchen von 35 kg Gewicht.

Das psychopathische Syndrom: Mit 20 Jahren beginnt Maria L. sehr wenig zu essen, ohne ein stärkeres Hungergefühl zu spüren. Manchmal lässt sich allerdings der Hunger nicht unterdrücken, dann kaut sie die Speisen nur, um sie nachher wieder auszuspucken. Sie hat eine Vorliebe für Süßigkeiten. Zusätzlich nimmt sie Abführmittel, deren Dosis sie naturgemäss laufend steigern muss. Vor der Einweisung nahm sie bis zu 30 Tabletten Tirgon täglich. Vor und nach dem Essen wiegt sie sich in dem Glauben, ihre Drüsen arbeiteten nicht richtig und sie nähme laufend zu. Um ganz sauber zu sein, badet sie jeden Tag. Sie war bei sehr vielen Ärzten, ohne je die Wahrheit zu sagen. Sie klagte nur immer über Verstopfung, das Ausbleiben der Regel u.s.w.. Eine Mastkur brach sie vorzeitig ab, um wieder zu Abführtabletten zu greifen. Sie machte verschiedene Schlankheitskuren und ass zuletzt nur noch Rohkost. Trotzdem ging sie weiter zu allen möglichen Ärzten, Frauenärzten, Internisten; sie liess sich bestrahlen, psychotherapieren, war beim Pendler. Endlich wurde sie in München wegen Verwachsungen operiert.

Über ihre Lebensgeschichte berichtet sie: "meine Mutter ist ein sehr arbeitssamer und fleissiger Mensch, sie ist sehr vernünftig und steht mit beiden Beinen auf dem Boden der Tatsachen. Sie hat durch ihre harte Erziehung wenig Sinn für Dinge wie schöne Kleider, Bücher, Vergnügungen und dergleichen, die mir Freude machen.

Mein Vater ist sehr arbeitsam und vor allem sehr sparsam; er ist beliebt und wird wegen seiner Tüchtigkeit als Zimmermeister sehr geschätzt, nur ist er teilweise sehr eigensinnig".

Der Grossvater väterlicherseits soll die gleichen Eigenschaften besessen haben. Die Grossmutter muss sehr hübsch und manchmal nicht ganz ehrlich gewesen sein. Von diesen 4 Menschen wurde sie erzogen. "Was das eine für gut hielt, lehnte das andere ab".

Als Kind wurde sie sehr verwöhnt. Fast immer setzte sie ihren Willen durch. Ein Beispiel für ihren Eigensinn aus dem ersten Schuljahr: "Ich sollte vor dem Christamt noch etwas essen. Ich wollte nicht, aber meine Mutter bestand darauf. Da wurde ich zornig, stampfte und legte mich auf den Boden. Ich konnte einfach nicht begreifen, dass ich etwas essen sollte, was ich nicht wollte".

Bei der Geburt ihrer Schwester war sie 6 Jahre alt; sie empfand keine Eifersucht, obwohl man sich sehr um die Schwester kümmerte "ich sass ja fest im Sattel". Als Kind, im Gegensatz zu ihrer Schwester, spielte sie nie mit Puppen, besass keine eigentliche Freundin, sondern war mehr für sich allein. "Ich hielt mich immer für etwas Besonderes". In der Volksschule war sie eine sehr gute Schülerin. "Ich war ja die Maria L. und wollte beweisen, dass ich leicht konnte, wenn ich wollte und so war ich bereits in der dritten Volksschulklasse die Beste. Ich war doch zu Hause oft tonangebend, warum sollte ich es nicht in der Schule sein. Der Gedanke, dass meine Mitschüler mehr können als ich, wäre mir schrecklich gewesen." Als Kind sehr ängstlich, sagte sie beim Beichten oft Sünden, die sie

gar nicht beging. Ähnlich verhielt es sich bei der ersten Kommunion.

"Ich war derart ängstlich, ja nicht zu sündigen, dass es schon nicht mehr schön war. Bei jedem Wort überlegte ich mir sehr genau und sehr ängstlich, ja keine Lüge auszusprechen". Ihr Appetit war immer ausgezeichnet, sie hielt sich aber oft nicht an die Mahlzeiten. Während ihrer Schulzeit war ihr das aufgewärmte Essen zu eintönig, häufig ging sie dann in ein Geschäft und kaufte sich Naschwerk. In der Schule spottete man öfters über ihre Molligkeit, besonders beim Turnen. "Ich wurde wegen meiner Rundlichkeit, die im Turnanzug erst richtig zur Geltung kam, verlacht. Das wirkte so stark auf mein Gemüt, dass ich einfach nicht mehr am Sport teilnehmen wollte. Warum war ich auch nicht so wie die anderen Schulkameradinnen!"

Schon früher hatte sie keine eigentliche Freundin, jetzt zog sie sich noch mehr zurück und um den Spott zu überwinden, begann sie noch eifriger zu lernen. Als sie kurz vor Kriegsende von der Schule nach Hause kam, - sie war in Landshut im Pensionat gewesen - fing sie ziellos eine Arbeit nach der anderen an. Im elterlichen Laden zu helfen, hielt sie unter ihrer Würde. Einerseits wollte sie nicht im Gemischtwarenladen "versauern", andererseits hatte sie aber auch keine bestimmten Pläne für die Zukunft. "Niemand hatte Zeit für mich, sich mit meinen Gedanken, Fragen und Sorgen genügend zu beschäftigen".

Dann lernte sie den Kellner kennen. Sie war anfänglich sehr in ihn verliebt, noch mehr aber schmeichelte es ihr, dass die anderen Mädchen auf die neidisch waren. Bald fühlte sie sich enttäuscht. "Ich hatte mir alles viel idealer vorgestellt und glaubte es müsse wunderbar sein, einen Menschen zu haben, mit dem man alles besprechen könne!" Obwohl er ihr geistig unterlegen war und keine gemeinsamen Interessen bestanden, blieb sie bei ihm. Nach etwa einem Jahr kam es auch zum sexuellen Verkehr. Sie hatte dabei "kein Gefühl" und gab sich ihm nur hin, um ihn zu halten. Später betrog er sie mit anderen Frauen. Um sich zu rächen, malte sie, als sie sein Interesse für ihre Mitgift bemerkte, diese grösser aus, als der Wirklichkeit entsprach, in der Absicht seinen Heiratsantrag dann abzulehnen. Da sie glaubte, das Entgehen der Mitgift sei ihm sehr schmerzlich.

Zu ihren wichtigsten Charakterzügen zählt sie selbst: Eigensinn, Überängstlichkeit, grosse Genauigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Ehrgeiz und manchmal übertriebenes Geltungsbedürfnis, Idealismus und einen starken Freiheitsdrang.

Besprechung: Es handelt sich um eine 32Jährige, die mit 20 Jahren freiwillig hunderte und Abführtabletten nahm, um abzumagern.

Die Familienverhältnisse von Maria L. waren geordnet. Schon in der Kindheit fällt ihr Ehrgeiz auf, (sie wollte Klassenbeste sein), Überängstlichkeit (sie sagte Sünden, die sie nicht beging) und mangelnde Kontaktfähigkeit ("eine eigentliche Freundin hatte ich nie").

Als molliges Kind nahm sie sich die Neckereien der Mitschülerinnen zwar zu Herzen, versuchte sie aber durch noch grösseren Eifer in der Schule zu vergessen. Mit 20 Jahren Bekanntschaft mit einem Kellner. Dieser war ihr geistig unterlegen und schien sie auszunützen.

Enttäuscht, "ich hatte mir alles viel idealer vorgestellt" hält sie das Verhältnis trotzdem aufrecht. Beim Verkehr ist sie frigide.

In den folgenden Jahren nehmen ihre Abmagerungskuren ein groteskes Ausmass an. Sie zeigt ein deutlich ambivalentes Verhalten. Auf der einen Seite möchte sie gerne abmagen, andererseits geht sie zu sehr vielen Ärzten, ohne zwar die Wahrheit zu sagen, um sich helfen zu lassen.

Es handelt sich um eine typische Anorexia nervosa bei einer ehrgeizigen aktiven Persönlichkeit mit übertriebenem Geltungsbedürfnis. Anankastische Züge sind vorhanden im Sinne einer grossen Genauigkeit und Überängstlichkeit. Maria L. ist eine Einzelgängerin, besonders fällt die Betonung des Geistigen auf, eine Hinwendung zum Ideellen, das Gefühl des Nichtverstandenwerdens verbunden mit einer Ablehnung der Vitalsphäre.

Man kann sagen, dass das erste für die Magersucht verantwortliche Trauma in der Schulzeit in den Neckereien der Freundinnen zu suchen ist. Als Ersatz konnte sie aber ihre Energie auf ein anderes Ziel lenken: Tüchtiger zu sein als die anderen in der Schule. Das zweite Trauma mit 20 Jahren traf sie wesentlich stärker. Einmal weil der Vorwurf gerade von dem geliebten Mann kam, zum anderen stand ihr diesmal keine Ausweichmöglichkeit zur Verfügung, da sie kein Ziel mehr hatte, auf das sie ihre Energie hätte wenden können.

VI.) Traudel K. (Fall 17) geb. 1928

Sie war schon als Kind oft krank und hatte immer sehr wenig Appetit. Musste sie trotzdem essen, erbrach sie. "Man hat mich nicht zwingen dürfen". Die Magerkeit hat wohl mit Beginn der Schule angefangen. Gleichzeitig war sie ständig krank. Sie hatte Masern, Scharlach, Diphtherie, häufig Bronchitis, sehr häufig Angina. Zwei-dreimal doppelseitige Mittelohrentzündung. Alle diese Krankheiten werden von ihr als sehr schwer geschildert; "Immer wieder habe ich es durchgehalten, ich war anscheinend sehr zäh. Es hat mir immer an Appetit gefehlt. Ölige und fette Sachen habe ich gar nicht vertragen können". Mit 12 Jahren wog sie nur 24 kg. 1951 kam sie in die Nervenklinik; Sie wog 40 kg bei einer Grösse von 162 cm.

Das psychopathologische Syndrom; "Im grossen und ganzen habe ich einen guten Appetit, aber ich kann auf Grund meiner Magen- und Gallengeschichten das Hundertste nicht essen. Wenn ich es tue, fürchte ich, dass es mir schaden würde. Ich bin sehr fettempfindlich. Eine nervöse Gastritis habe ich auch noch. Nach Aufregung wird mir schlecht. Wenn ich dann etwas esse, bekomme ich ein komisches Kopfwel, das mit den Magenerven zusammenhängt". Zur Bekömmlichkeit der Speisen: "Wenn ich mir vorher richtig eingebildet habe, das möchte ich jetzt essen, dann schadet es mir nicht, z.B. gehe ich in die Stadt und bilde mir ein, dass ich auf einen Kuchen Appetit habe, dann esse ich ihn gerne und er bekommt mir. Wenn man mich zwingt, etwas zu essen, bekommt es mir nicht."

Sie legt keinen Wert darauf, allein zu essen, es muss aber "der Tisch hübsch gedeckt sein und alles appetitlich aufgetragen. Vor allem esse ich nicht gerne in Hetze, sondern in Ruhe und Gelassenheit. Lieber in Gesellschaft als allein, aber nicht im Lokal, wo die Ober darauf achten, ob man schon fertig ist. Die Hauptsache ist das Ungestörtsein, das Nicht-beachtetwerden beim Essen. Noch besser schmeckt es mir, wenn ich nicht selbst kochen muss. Die Speise muss sehr reinlich sein, auch der Teller muss sauber sein. Ich könnte nie etwas essen, ohne mir vorher die Hände zu waschen." Sie ist auch auf der Toilette ausgesprochen reinlich. Zum Erbrechen kommt es selten. Wenn sie aber längere Zeit Übelkeit verspürt, führt sie das Erbrechen absichtlich herbei.

Frl. K. ekelt sich leicht. Sie geht ungern ins Kranken- oder Leichenhaus. "Tote sehen ist das Schrecklichste, was es gibt. Ich gehe ungern auf den Friedhof, weil ich mir immer ganz lebhaft vorstelle, dass ich dort einmal liege. Es ekelt mich auch, wenn ich Paare sich auf der Strasse so benehmen sehe. Alles was mit Moral und Hygiene zu tun hat. Es ekelt mich vor Betrunknen, vor allem vor betrunkenen Frauen und überhaupt vor Menschen, die sich auffällig benehmen."

Sie war immer sehr genau in allen Dingen und schon mit einem Jahr ganz sauber, was lobend hervorgehoben wurde. Sie ist auch jetzt sehr reinlich, meint aber, nicht übertrieben. Es besteht ein deutlicher Kontrollierzwang, sie sieht abends zwei- bis dreimal nach, ob der Gashahn zu und die Haustür verschlossen ist. Obwohl sie im vierten Stock wohnt, sieht sie regelmässig unter dem Bett nach. Sie ist auch sehr schreckhaft und zittert schon bei geringen Aufregungen.

Frl. K. ist ein aktiver, willensbetonter Mensch. "Ich lebe sehr gern, obwohl ich schon viel habe durchmachen müssen".

Über ihre Kindheit berichtet sie: Der Vater war sehr schlank und auch die Mutter nicht dick. Sie hat noch eine 2 1/2 Jahre jüngere Schwester. Der Vater war Bildhauer, der für seine Arbeiten religiöse Motive bevorzugte. Es war sehr ärmlich zu Hause, weil der Vater jahrelang keine Aufträge hatte. Die Mutter behandelte beide Kinder gleich, der Vater "war zu mir viel strenger als zu meiner Schwester. Er war manchmal zu wenig gerecht, er hat mich nicht gefragt, ob ich es wirklich angestellt habe. Ja die Schwester ist ein ganz anderer Charakter grundsätzlich in jeder Beziehung. Als Kinder haben wir uns nicht gut verstanden. Beim Spielen hat man es schon bemerkt." Als Kind war sie sehr ängstlich. "Wenn ich krank war, habe ich zu meiner Mutter gesagt: gell Mutti, ich muss nicht sterben! Da kann man mit Vernunft nichts machen. Es ist auch jetzt noch so. Wenn ich höre, dass jemand gestorben ist, bilde ich mir sofort ein, die Krankheit könnte ich auch kriegen."

Vor Gewittern oder im Walde hatte sie keine Angst. Frl. K. ist sehr schüchtern und leidet unter Minderwertigkeitskomplexen. "Auf Grund meiner ganzen Postur denke ich, dass ich auffalle, dass die Leute mir nachschauen. In der Schule wurde ich schon ausgelacht: Deine dünnen Füsse, deine dünnen Arme."

Sie durfte auch als Kind kaum Sport treiben "es hiess immer, du brichst dir deine Füsse, du erkältest dich usw. Das einzige war, dass ich dem Amateurtanzklub

angehören durfte, da konnte ich sooft hingehen wie ich wollte. Auch mein Vater hat sehr gern getanzt."

Bei der Nachexploration im August 1959 berichtet sie, dass sie als Verwaltungsangestellte arbeite. 1954 hat sie einen Sohn geboren, der Vater ist 40 Jahre, Bauingenieur von Beruf. Er ist seit Jahren arbeitslos. Sobald er eine Stelle bekommt, die Aussicht besteht jetzt, wollen sie heiraten. Im Anfang hat es sehr viel Streit gegeben, jetzt geht es aber besser, sagt sie mit resigniertem Gesichtsausdruck. "Mit jüngeren Menschen habe ich wenig Glück, die habe ich immer als kindisch angesehen, ich habe nicht jemand haben wollen, der genau so unerfahren ist wie ich".

Die Zeit während der Schwangerschaft war die beste. "Ich habe gefressen Berge von Schlagsahne. Ich habe mich sehr auf das Kind gefreut". Jetzt ist ihr Zustand immer gleich, das Körpergewicht schwankt wenig, 43 kg bei 164 cm Grösse.

Besprechung: Es handelt sich um eine jetzt 31jährige, deren Magersucht eigentlich ohne Unterbrechung seit dem sechsten Lebensjahr besteht. Über die frühe Kindheit lässt sich nichts Genaueres erfahren. Seit einigen Jahren lebt sie mit einem sehr viel älteren und offenbar wenig lebensstüchtigen Mann zusammen. Auf ihr lastet die ganze Verantwortung. Das Kind bringt sie morgens, wenn sie zur Arbeit geht, in den Kindergarten. Sie holt es um 5 Uhr abends ab, dann muss sie kochen und noch für den Mann sorgen. Es ist im Grunde alles zu viel für sie. Sie wirkt im asthenischen Sinn leicht überanstrengt.

Sie ist ein aktiver willens- und vernunftbetonter Mensch. Trotz aller Schwierigkeiten lebt sie gern. Sie zeigt eine allgemeine Übergenauigkeit, Ehrgeiz und eine moralbetonte Lebensführung, hinzu kommt eine stark phobische Einstellung vor Krankheit und Tod mit dem Unterton des Ekels wie bei Straus. Alle Aufregung schlägt sich auf den Magen und sie leidet unter nervöser Gastritis und Gallenbeschwerden. Wenn es ihr schlecht ist, steckt sie nach einiger Zeit den Finger in den Mund und führt das Erbrechen absichtlich herbei.

Ihre charakteristische Einstellung zum Essen ist wahrscheinlich ein frühes Dressurprodukt.

Es handelt sich um eine Entwicklungsmagersucht auf dem Boden einer konstitutionellen Bereitschaft, der sich im psychischen eine anankastische Struktur hinzugesellt. Im Gespräch ist Frä. K. lebhaft, aufgeschlossen, intellektuell sehr wendig mit viel nüchternem Sinn. Sie erlaubt sich keine Emotionen, obwohl sie resignierend sieht, dass das Leben viel weniger erfreulich ist, als sie es gedacht hat.

VII.) Barbara N. (Fall 25) geb. 1909

Frau N. wurde 1948 wegen Appetitlosigkeit, Übelkeit und grosser Schwäche in die Innere Klinik eingewiesen. Bei der Aufnahme wog sie 37 kg bei einer Grösse von 158 cm. Sie war zwar mager, aber sonst in einem guten A.Z. Man nahm zunächst eine endokrine Magersucht an. Bei der Durchuntersuchung ergab sich aber keine Anhalt für endokrine Störungen. Während des 5wöchigen Aufenthaltes

nahm sie 3 kg an Gewicht zu. Sie bekam auch wieder etwas Appetit. "Weil ich Ruhe hatte, weil mir das Essen hingerichtet wurde." Eine vorübergehende Amenorrhoe besserte sich auf Spritzen.

Psychopathologisches Syndrom: "Der Appetit war schlecht immer schon. Das ist besser geworden, wie ich geheiratet habe, wie ich mein eigener Herr war, wie ich mir nehmen konnte, was ich wollte." Während einer Schwangerschaft 1936 hat sie ein halbes Jahr lang erbrochen, sonst neigte sie nicht zum Erbrechen. In der Schwangerschaft hatte sie Appetit auf Obst, aber sonst auf fast gar nichts.

Bei der Nachexploration im August 1959 berichtet Frau N.: "Heute habe ich immer Hunger, alle 5 Minuten muss ich was zum Essen haben, ich kann dauernd essen." Noch auf der Treppe hat Frau N. eine Birne gegessen und sie könnte jetzt schon wieder etwas zu sich nehmen. "In der Nacht esse ich auch, meist habe ich die Schokolade am Bett, die richte ich mir schon so her." Frau N. isst süsse Speisen besonders gern. Auf die Frage, was geschähe, wenn sie nicht immer wieder kleine Portionen zu essen bekäme, antwortet sie: "Wenn ich nicht gleich was habe, dann werde ich wieder so schwach und müde."

Über ihre Lebensgeschichte hören wir Frau N.: Unehelich geboren, kannte sie ihren Vater nicht. Sie wuchs bei den Grosseltern auf. "Grossvater hat mich nicht leiden mögen, hat mich geschlagen, war böse. Die Grossmutter war mir alles." Der Grossvater hatte eine Metzgerei. Sie erinnert sich, dass sie die Schlachtschüsseln nicht gemocht hat, weil es zu fett war.

Die Mutter von Frau N., die sich kaum um sie gekümmert hat, war eher rundlich. Mit 9 Jahren kam sie ins Waisenhaus und mit 11 musste sie schon in Stellung gehen. Die Menarche kam mit 11 Jahren. Einige Monate war sie in einer Wirtschaft in Schleisheim zur Aushilfe. "Das war aber nichts für ein so junges Mädchen." In ihrer nächsten Stellung, einem Privathaushalt in München, blieb sie mehrere Jahre. Sie war damals sehr schüchtern und wagte oft nicht, sich satt zu essen. "Wenn ich gefragt wurde, ob ich noch etwas wollte, habe ich meist nicht ja gesagt, obwohl ich noch hungrig war." Mit 15 Jahren hatte Frau N. den ersten Nervenzusammenbruch. "Ich war müde". Mit 21 Jahren den zweiten. "Ich konnte einfach nicht mehr." Damals war sie als Gesellschafterin bei einer deutschen Familie in London.

Frau N. hat 1935 geheiratet, 1936 wurde ihre Tochter geboren. Besonders früher war sie sehr ehrgeizig und gewissenhaft. "Ich habe alles viel zu tragisch genommen. Ich grüble viel". 1941 war Frau N. wegen dieser Grübeleien bei einem Nervenarzt. Sonst stand sie nie in psychiatrischer Behandlung. 1938 traten typische tetanische Anfälle auf, die sich inzwischen wieder verloren haben.

Als junges Mädchen war Frau N. Männern gegenüber sehr zurückhaltend. Mit ihrem Mann hatte sie erstmals intime Beziehungen. Sie dachte sich immer: "Nur nicht in die Fusstapfen der Mutter. Mit dem bin ich durchs Leben gegangen." Frau N. hat noch zwei Brüder und eine Schwester, die alle von der Mutter unehelich und von verschiedenen Vätern stammend, geboren wurden.

Frau N. ist in allen Dingen sehr genau. Sie wäscht sich dauernd die Hände, auch

sonst ist sie in der Körperpflege sehr reinlich (häufige Scheidenspülungen). Der Mann sagt dann: "Du spinnst". Auch bei anderen schätzt Frau N. die Sauberkeit. Unappetitliches Essen ekelte sie an. "Unsauberes Essen mag ich nicht anrühren. Wenn das Obst nur etwas faul ist, schneide ich es doppelt und dreifach heraus". Auch bei der Erziehung ihrer Tochter hat Frau N. schon früh auf Sauberkeit geachtet. Sie bemerkt dazu spontan: "O, ja, ich war ein bisschen zu streng in dieser Hinsicht." Es besteht bei Frau N. ein deutlicher Kontrollierzwang.

Besprechung: Es handelt sich um eine jetzt 50-Jährige, die, unehelich geboren, schon mit 11 Jahren in Stellung ging. Sie erlitt in ihrer Jugend zwei Nervenzusammenbrüche. Ihre Situation besserte sich, als sie mit 26 Jahren heiratete. Das einzige Kind ist gesund. Frau N. litt sicherlich unter ihrer Herkunft. Sie kannte nicht einmal ihren Vater. Zu ihrer Persönlichkeit gehören deutlich zwanghafte Züge mit Betonung des Ekels.

Für die damalige Magersucht wird man einmal einen konstitutionellen Faktor annehmen müssen, während der neurotische Anteil der Magersucht sich aus sozialem Ressentiment zusammensetzt. Als junges Mädchen war sie schüchtern und glaubte, sich nicht sattessen zu dürfen. Dies besserte sich erst nach ihrer Heirat, als sie ihr eigener Herr wurde. Der Appetit ist jetzt ins Gegenteil umgeschlagen, sie muss dauernd essen, um nicht schwach und müde zu werden. Frau N. ist heute rundlich.

III. BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE:

Es handelte sich um 33 Fälle weiblicher Magersucht aus verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern in München. Die ersten Symptome traten vorwiegend zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr auf, aber mit fließenden Übergängen nach beiden Seiten; jenseits des 35. Lebensjahres ist der Beginn einer Magersucht selten.

Vom Beginn der Symptome bis zur Krankenhausaufnahme verstrich teilweise eine beträchtliche Frist.

Im somatischen Bereich war das hervorstechendste Symptom der Gewichtsverlust; die von manchen Autoren geforderte Amenorrhoe braucht keineswegs immer zu bestehen. Je nach der Schwere des Zustandsbildes zeigten sich weitere Anzeichen einer allgemeinen Unterfunktion des Stoffwechsels. Psychisch fand sich in der überwiegenden Zahl der Fälle eine mehr oder minder ausgeprägte anankastische Struktur, die alle möglichen Schattierungen aufwies, übertriebene Genauigkeit, ausgeprägtes Sauberkeitsbedürfnis bis zum Waschzwang, Kontrollierzwang, Ekel und zahlreiche Phobien. Es handelte sich meist um ehrgeizige und trotz aller Schwierigkeiten lebensbehahende Menschen. Die häufig beobachtete Frigidität könnte man nach FREUD als ein Äquivalent des Appetitverlustes deuten, dem im sexuellen ein Verlust der Libido entspricht. Denn die erste orale Phase der pränatalen Libidoorganisation ist noch nicht von der Nahrungsaufnahme getrennt.

"Das Objekt der einen Tätigkeit ist auch das der anderen, das Sexualziel besteht in der Einverleibung des Objektes"; (19) so sind denn auch nach der Trennung Wege einer wechselseitigen Beeinflussung denkbar.

Aus der Familiensituation ergaben sich keine besonderen Hinweise für das Entstehen einer Magersucht. Dass es sich vorwiegend um das "over-protected child" handle, liess sich nicht bestätigen, aber auch für das Gegenteil bot sich kein Anhaltspunkt. In den Familien der Kranken kamen keine gehäuften endokrinen Störungen vor. Die Kranken waren nicht häufiger Einzelkinder als dem Durchschnitt entspricht. Z. Zt. ihrer Erkrankung waren nur wenig Patienten verheiratet.

Zur Frage der Auslösung muss man sagen: Es gibt keine spezifische Situation, die eine Magersucht in Gang bringt, wohl aber einige typische Auslösemechanismen, so bei jüngeren Kranken beispielsweise der Spott über ihre Fülligkeit, den sie sich zu Herzen nehmen oder insbesondere Liebesenttäuschungen; schliesslich Protesthaltungen, die einem Zuviel oder Zuwenig elterlicher Liebe entspringen können. Meistens genügt ein Trauma allein nicht, sondern es kommt gleichsam nur zur Sensibilisierung und erst ein zweites Erlebnis führt auf dem einmal gebahnten Weg zur Magersucht. Vielleicht ist es so, dass das "Entgegenkommen der Organe" konstitutionell bedingt ist. Der Verlauf zieht sich häufig soweit man es überblicken kann, jahrelang hin und eine echte Heilung ist relativ selten. Das Symptom Kachexie kann sich zwar bessern, ohne dass es zur völligen Gesundheit kommt, die sonstigen psychischen Auffälligkeiten bleiben meist bestehen. In drei (Fall II, III, V) der sieben ausführlicher beschriebenen Fälle lebten die Magersüchtigen später mit wenig lebensstüchtigen Männern zusammen, die gern gut und viel assen. Es scheint so zu sein, dass die Kranken eine Lebensführung, die sie sich selbst versagen müssen, bei ihren Angehörigen nicht nur tolerieren, sondern sogar unterstützen. Dies würde sich etwa mit der Beobachtung von Benedetti (6) und anderen decken, die bei magersüchtigen Mädchen eine übermässige Fürsorge für ihre Geschwister fanden. Ein tödlicher Verlauf der Magersucht tritt dann ein, wenn die Kachexie ein bestimmtes Ausmass erreicht hat; von diesem Stadium an ist es gleichgültig, ob die Kranken "willentlich" dem Tode zutreiben oder nicht, die Krankheit wird nun ganz im somatischen Bereich ausgetragen und folgt dessen Spielregeln.

Aus dem obigen ergibt sich, dass man in der Beurteilung der Prognose sehr vorsichtig sein muss und diese weniger von dem Ausmass der Kachexie, sofern sie nicht unmittelbar lebensbedrohend ist, als der Struktur der Gesamtpersönlichkeit abhängig zu machen hat.

Auch wird man sich stets vor Augen halten müssen, dass ein neuerliches Trauma wieder zur Magersucht führen kann oder die noch bestehende zu verschlimmern vermag. Da das vorliegende Krankengut aus verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern stammt und nur zum kleineren Teil aus der Nervenklinik, kann man nicht sagen, die Psychiater stellten die Prognose ernster, weil sie nur die schwereren Fälle zu sehen bekämen.

Eine Abgrenzung zur Schizophrenie kann besonders im Beginn Schwierigkei-

ten bereiten. Diese führt manchmal zur Nahrungsverweigerung auf Grund bestimmter Wahnvorstellungen. Beispielsweise glaubte eine Kranke, sie habe schwer gesündigt und dürfe deshalb nichts mehr essen, oder eine andere Kranke lebte in dem Wahn "die Himmlischen" ernährten sie und verweigerte aus diesem Grund die Nahrung. Eigentliche Beziehungen zur Schizophrenie scheinen aber nicht zu bestehen und der Ausgang einer anfänglichen Magersucht in eine Schizophrenie ist sicherlich selten.

Binswanger (8) hat dies sehr schön formuliert "Die Schizophrenen leben in ihrer eigenen Welt, die Magersüchtigen in unserer Welt, die zwar spezifisch verarmt, ungemütlich, freudlos kühl ist, aber eben doch unsere Welt bleibt".

Beziehungen zur endogenen Depression sind ebenfalls vorhanden. Doch liegt hier der Appetitverlust in einem Niederliegen der ganzen Vitalsphäre begründet und nimmt nicht eine derart beherrschende Stellung ein. Bei beiden Krankheiten können Entfremdungserlebnisse auftreten.

Für eine endogene Depression spricht das höhere Erkrankungsalter und ein phasischer Verlauf.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 33 Fälle weiblicher Magersucht beschrieben. Das Haupteinkrankungsalter lag zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, deshalb kann man streng genommen nicht von einer Pubertätsmagersucht sprechen.

Der Magerkeit im somatischen Bereich entsprach psychisch eine überwiegend zwanghafte Persönlichkeitsstruktur. Es ergaben sich keine spezifischen Familienverhältnisse. Typische Auslösemechanismen waren: Abneigung gegen Beileibtheit verbunden mit asketischem Ideal und Liebeskonflikte.

Die Prognose ist vorsichtig zu stellen und abhängig von der Gesamtpersönlichkeit. Der Verlauf zieht sich häufig jahrelang hin.

Von 33 Fällen starben 4 an den Folgen der Kachexie. Ein Fall mündete in eine pseudoneurotische Schizophrenie. Eine völlige Heilung war selten.

7 Fälle wurden ausführlicher dargestellt.

Die Differentialdiagnose zur Schizophrenie und endogenen Depression wurde erörtert.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- 1) Alexander, F.: Psychosomatische Medizin
Berlin: De Gruyter & Co. 1951
- 2) Bahner, F.: Handbuch der Inneren Medizin VII/I.
Berlin: Springer 1955
- 3) Bansi, H.W.: Magerkeit als ganzheitsmedizinisches Problem.
Med. Klinik 50, 49 (1955)
- 4) Baruk, H.: Traité de Psychiatrie II
Paris: Masson & Cie. 1959
- 5) Beck, J.C. and Brockner, Mortensen:
On the prognosis in anorexia nervosa.
Acta med. scand. 149, 409 (1954)
- 6) Benedetti, G.: Zur Kenntnis der Fett- und Magersucht.
Schw. med. Wschr. 80, 1129 (1950)
- 7) v. Bergmann, G.: Magerkeit und Magersucht
Dtsch. med. Wschr. 60, 123 (1934)
- 8) Binswanger, H.: Psychiatrische Aspekte zur Anorexia nervosa.
Zschr. Kinderpsychiat. 19, 141, 173 (1952)
- 9) Binswanger, L.: Der Fall Ellen West.
Schweiz. Arch. Neurol. 53, 255 (1944)
- 10) Bleuler, M.: Untersuchungen aus dem Grenzgebiet zwischen Psycho-
pathologie und Endokrinologie.
Arch. Psychiatr. 180, 271 (1948)
- 11) Du Bois, Franklin, S.: Compulsion neurosis with cachexia (A.n.)
Zbl. ges. Neurol. 109, 260 (1950)
- 12) Boss, M.: Einführung in die Psychosomatische Medizin.
Bern: Hans-Huber 1954
- 13) Carmody, J.B. an Forster L. Vibber:
Anorexia nervosa treated by prefrontal lobotomy.
Zbl. ges. Neurol. 121, 356 (1953)
- 14) Decourt, J.: Die Anorexia nervosa. Psychoendokrine Kachexie der
Reifungszeit.
Dtsch. med. Wschr. 78, 1619, 1661 (1953)
- 15) Dührssen, A.: Zum Problem der psychogenen Essstörung.
Psyche, 4, 56 (1950)

- 16) Escamilla and Lisser: Simmonds disease. Differentiation from Anorexia nervosa.
J. Endocr. 2, 65 (1952)
- 17) Fanconi, G.: Über Störungen der Pubertät.
Dtsch. med. Wschr. 80, 337 (1955)
- 18) Feuchtinger, O.: Fettsucht und Magersucht.
Nervenarzt, 16, 428 (1943)
- 19) Freud, S.: Aus den Anfängen der Psychoanalyse.
(Briefe an Wilhelm Fliess)
London: Imago 1950

Abriss der Psychoanalyse.
Frankfurt: S. Fischer 1953

Gesammelte Schriften Bd. V
Leipzig-Wien-Zürich: Intern. Psychoanalyt. Verlag
1924
- 20) Gerö, G.: Ein Äquivalent der Anorexie.
Psyche 5, 641 (1952)
- 21) Hagedorn, H.C.: Anorexia nervosa.
Acta med. scand. 151, 201 (1955)
- 22) Jores, A.: Handbuch der Inneren Medizin VII/I
Berlin: Springer 1955
- 23) Katz, D.: Psycholog. Probleme des Hungers und Appetits.
Nervenarzt 1, 345 (1928)
- 24) Kay, D.W.K.: Anorexia nervosa
Proc. Roy. Soc. Med. London 46, 669 (1953)
- 25) Kleinsorge, Klumbies: Psychotherapie in Klinik und Praxis
München: Urban & Schwarzenberg 1959
- 26) Kuhn, R.: Zur Daseinsanalyse der Anorexia nervosa.
Nervenarzt 22, 11, 24, 191 (1953)
- 27) Lasègue, Ch.: Zitiert nach v. Bergmann, G.
- 28) Leibbrand, W.: Der göttliche Stab des Aesculap.
Salzburg: Otto Müller 1939
- 29) Lingjaerde, O.: Schizophrenie und Anorexia nervosa.
Zbl. ges. Neurol. 108, 439 (1950)

- 30) Löffler, W.: Die Anorexia mentalis
Helvet. med. Acta 22, 351 (1955)
- 31) Loo, P.: L'anorexie mentale.
Ann. med. Psychol., Paris 116, 734 (1958)
- 32) Lukas, L.: Therapie einer Magerstichtigen.
Zschr. Psychotherap. 6, 4 (1956)
- 33) Lutz, J.: Die Frage der psychogenen Faktoren bei der Pubertäts-
magersucht.
Zschr. Kinderpsychiatr. 17, 51 (1950)
- 34) Martin, F.: Pathologie des aspects neurologiques et psychiatriques...
Zbl. ges. Neurol. 137, 106 (1956)
- 35) Martinotti, G.: Un metodo di cura dell'anorexia psychica
Zbl. ges. Neurol. 130, 105 (1954)
- 36) Maurhoff, L.G.: Das klinische Bild der Magersucht.
Dissertat. München 1958
- 37) Mayer, A.: Zur Psychologie der weiblichen Pubertätsmagersucht.
Med. Klinik 52, 2185 (1957)
- 38) Nemiah, J.: A clinical psychiatric study.
Zbl. ges. Neurol. 116, 140 (1952)
- 39) Nicolle, G.: Pre-psychotic Anorexia.
Zbl. ges. Neurol. 93, 617 (1939)
- 40) Rein-Schneider: Lehrbuch der Physiologie.
Berlin: Springer 1956
- 41) Roch, M.; Monnier, M.: Anorexia mentalis u. Simmondsche Krankheit.
Schw. med. Wschr. 71, 100 (1941)
- 42) Ruegg, M.: Zum psych. Bild bei Pubertätsmagersucht.
Dissertat. Zürich 1950
- 43) Sheehan: Zitiert nach Siebenmann.
- 44) Siebenmann, R.: Zur path. Anatomie der Anorexia nervosa.
Schw. med. Wschr. 85, 530 (1955)
- 45) Siebeck, W.: Medizin in Bewegung.
Stuttgart: Georg Thieme 1949
- 46) Siedeck, H.: Magersucht.
Wien klin. Wschr. 65, 585 (1953)

- 47) Simmond, M.: 1.) Über Hypophysisschwund mit tödl. Ausgang.
Dtsch. med. Wschr. 40, 322 (1914)
2.) Über Kachexie hypophysären Ursprungs.
Dtsch. med. Wschr. 42, 190 (1916)
3.) Atrophie des Hypophysenvorderlappens und Hyp.
Kachexie.
Dtsch. med. Wschr. 44, 852 (1918)
- 48) Smirnoff, V.: Krit. Bemerkungen zum Problem der Anorexia nervosa
Psyche 12, 430 (1958/1959)
- 49) Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analyt. Psychotherapie.
Stuttgart: Georg Thieme 1951
- 50) Stäubli-Frölich, M.: Probleme der Anorexia nervosa.
Schw. med. Wschr. 83, 811, 837 (1953)
- 51) Thiemann, E.: Die Pubertätsmagersucht.
Die Medizinische 17, 637 (1957)
- 52) Thomas, J.: Beitrag zum Problem der Pubertätsmagersucht.
Dissertat. München 1957
- 53) Tiemann, Fr.: Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa, seine Differen-
tialdiagnose und Behandlung.
Med. Klinik 53, 329 (1958)
- 54) Traube, Tr.: Un cas d'Anorexie.
Zbl. ges. Neurol. 110, 148 (1950)
- 55) Weizsäcker, V.: Über Träume bei sog. endog. Magersucht.
Dtsch. med. Wschr. 63, 251, 294 (1937)
- 56) Wissler, H.: Die Pubertätsmagersucht.
Mschr. Kinderh. 85, 172 (1941)
- 57) Zutt, J.: Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmager-
sucht.
Arch. Psychiatr. 180, 776 (1948)

LEBENS LAUF

Am 2. Juni 1937 als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Herbert Grusche und seiner Ehefrau Hildegard, geb. Martin in Konstanz geboren.
1943 bis 1947 Besuch der Volksschule. Anschliessend 9 Jahre Schüler des Heinrich Suso- und Alexander von Humboldt Gymnasiums in Konstanz. 1956 Reifeprüfung. Sommersemester 1956 Beginn des Medizinstudiums in Freiburg, Sommer 1958 Ärztliche Vorprüfung in Heidelberg. Klinisches Studium in Heidelberg, Wien und München. Beginn des Staatsexamens am 11. September 61. Abschluss am 6. Dezember 61.

